



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

**INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL**

**FACTORES ASSOCIADOS A NÃO UTILIZAÇÃO DA CONSULTA PÓS-NATAL POR  
CRIANÇAS LACTANTES EM MOÇAMBIQUE: ANÁLISE DO INQUÉRITO NACIONAL  
DE SAÚDE DE 2015 (IMASIDA).**

**Janet Maria Alexandre Dulá Martins**

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA  
E DESENVOLVIMENTO**

**Junho de 2019**



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

**INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL**

FACTORES ASSOCIADOS A NÃO UTILIZAÇÃO DA CONSULTA PÓS-NATAL POR  
CRIANÇAS LACTANTES EM MOÇAMBIQUE: ANÁLISE DO INQUÉRITO NACIONAL  
DE SAÚDE DE 2015 (IMASIDA).

**Autor:** Janet Maria Alexandre Dulá Martins

**Estudante número:** 21000849

**Orientadora:** Professora Catedrática Maria do Rosário Oliveira Martins

**Coorientador:** Dr. Sérgio Chicumbe

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de  
Mestre em Saúde Pública e Desenvolvimento

## **Declaração**

Declaro que este trabalho é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas nos textos e na bibliografia.

O Candidato



Lisboa, 19 de Junho de 2019

## **Agradecimentos**

O desenvolvimento e conclusão desta dissertação foi possível com apoio de diversas pessoas a quem gostava aqui de expressar o meu agradecimento.

Em primeiro agradeço a ALLAH (DEUS) pelo dom da vida, pela saúde e por estar sempre presente na minha vida tanto nos momentos de alegria como nos de dificuldade, ansiedade e medo.

À minha orientadora, Professora Catedrática Maria do Rosário Oliveira Martins, pela sua disponibilidade, atenção, dedicação, partilha de conhecimentos e pela oportunidade de aprender muito de si, um muito e reconhecido obrigado.

Ao meu co-orientador, Dr. Sérgio Chicumbe, um muito e reconhecido obrigado pelos conhecimentos transmitidos, inteira disponibilidade, apoio e ajuda constante, pela mentoria e amizade, por me mostrar o caminho para alcançar os meus sonhos, por acreditar em mim mesmo quando eu desacreditava, por me mostrar que a ciência é leve e bela; foram muitos os momentos vividos e partilhados muitos deles bons, mas agradeço principalmente por ter estado comigo e apoiado nos momentos de cansaço, sensação de fracasso e de incapacidade.

Um muito obrigado a minha família, aos meus pais e irmãs pelo apoio incondicional; ao meu esposo por todo amor, compreensão, paciência e apoio ao longo desta caminhada. Aos meus bebês por me transmitirem sempre paz, amor e energias positivas. As minhas avôs e avô (em memória) por se preocuparem constantemente comigo e pela felicidade transmitida em cada sucesso e momento bom da minha vida.

Aos meus colegas e aos docentes do Mestrado em Saúde Pública e Desenvolvimento por todos os conhecimentos transmitidos e pela disponibilidade para me apoiarem sempre que precisei, em especial a Fátima e a Regina que sempre estiveram comigo; agradeço-vos pela vossa amizade, ajuda, optimismo e palavras de conforto durante todo o processo de formação.

E a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização desta dissertação, um muito obrigado.

Agradeço pôr fim ao financiamento do Canadá que permitiu-me cursar o mestrado, através da *International Development Research Center*, subvenção 107278-001 para o Instituto Nacional de Saúde de Moçambique.

## **RESUMO**

**Introdução:** A saúde materno-infantil é uma das mais destacadas prioridades endossadas pelo governo Moçambicano. Várias são as acções e intervenções visando a redução da morbimortalidade materno-infantil, através da melhoria da prestação de serviços de saúde para condições específicas da mulher e da criança. Com efeito, a melhoria de prestação de cuidados de saúde para os estratos populacionais de mulheres e crianças menores de 5 anos de idade é um foco indicado no Plano Estratégico do Sector de Saúde 2014-2019 (PES 2014-2019)(1). Por outro lado, há décadas que a Organização Mundial de Saúde(OMS)(2) refere que se tem negligenciado o facto da maioria das complicações que causam grande fardo da morbimortalidade materno-infantil ocorrerem no período pós-parto; a mortalidade neonatal precoce permaneceu elevada ao longo das décadas de 1990 e 2000 especialmente em países em vias de desenvolvimento, como é o caso de Moçambique. Melhores serviços ou cuidado de saúde no período pós-natal são um dos mais importantes serviços a prestar-se para reduzir a morbimortalidade dos neonatos e suas puérperas. O presente estudo utiliza dados actuais de Moçambique no sentido de aprofundar a disponibilidade de evidências sobre os factores da não utilização de consultas pós-natais, de modo a informar intervenções e políticas que favoreçam as mesmas.

**Objectivo:** analisar os factores de não utilização de consultas pós-natais por lactantes nos primeiros 2 meses de idade, em Moçambique.

**Metodologia:** estudo observacional, com abordagem quantitativa, recorrendo-se a dados secundários do Inquérito de Saúde (IMASIDA) de 2015. O IMASIDA foi um estudo de corte transversal, a nível de agregados familiares, e utilizou questionários estruturados e validados. O foco do presente estudo foi a não utilização das consultas pós-natais até 2 meses (variável dependente) em crianças de até 2 anos de idade na altura do inquérito, e as variáveis independentes foram as socioeconômicas, demográficas e de utilização dos serviços de saúde; recorrendo-se ao modelo lógico Anderson e Newman para a definição das variáveis do estudo, realizaram-se análises univariável, bivariável e multivariável com recurso a regressão logística tendo em consideração o processo de amostragem complexo.

**Resultados:** cerca de um quinto dos lactantes (21%, IC95%=19,7-23,1) não foram levados a consulta pós-natal dentro de 2 meses após o nascimento. Residir na zona centro do país (aOR=1.759; 95% IC aOR=1.088-2.846), ter desejado a gravidez (aOR=0.433; 95%IC aOR=0.217-0.864), não ter feito consultas pré-natal (aOR=2.052; 95%IC aOR=1.029-4.092) e

ter dado a luz na unidade sanitária (aOR=0.284; 95%IC aOR=0.193-0.416) são as variáveis que estão associadas com a não utilização das consultas pós-natais. No modelo ajustado, a associação com o nível de educação, e com o índice de riqueza não é significativamente diferente de zero.

**Conclusões:** esforços adicionais são necessários para reduzir a proporção de não utilizadores de consulta pós-natal dentro do período crítico pós parto, considerando que a almejada redução de mortalidade infantil nos objectivos de desenvolvimento sustentável estão também dependentes da redução da mortalidade neonatal, para o qual muito contribui o pacote de serviços de qualidade oferecidos no período pós-natal. Os factores de não utilização da consulta pós-natal foram identificados e dependem de políticas ajustadas multisectoriais, não somente da política do sector de saúde, pese embora dentre os factores identificados como significativamente associados estejam destacados os indicadores de interacção materna com os serviços de maternidade.

**Palavras-Chaves:** “Factores”; “Utilização”; “Consulta pós-natal”; “Moçambique”.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Maternal and child health is a priority endorsed by the Mozambican government. There are a number of actions and interventions aimed at reducing maternal and child morbidity and mortality through improving the delivery of health services to specific conditions of women and children. Indeed, improved health care provision for women and children under 5 years of age is a focus indicated in the Mozambique Health Strategic Plan 2014-2019 (PES 2014-2019) (1). On the other hand, the World Health Organization (WHO) (2) has for decades noted the fact that most of the complications that cause great burden of maternal and child morbidity and mortality occur in the postpartum period; early neonatal mortality remained high throughout the 1990s and 2000s especially in developing countries, as is the case of Mozambique. Better services or health care in the postnatal period is an important intervention to provide health and reduce the morbidity and mortality of neonates and their mothers. The present study contributes uses most recent data from Mozambique in order to deepen evidence on the factors associated to use of postnatal consultations so to inform interventions and policies.

**Objective:** to analyze factors of non-utilization of postnatal consultations by infants during first 2 months of age in Mozambique.

**Methods:** observational study with a quantitative approach using secondary data from the 2015 Health Survey (IMASIDA). IMASIDA was a cross-sectional study at the household and used structured and validated questionnaires. The focus of the present study was the non-use of postnatal consultations up to 2 months (dependent variable) in children below 2 years of age, independent variables being socioeconomics, utilization of services and demographics; following Anderson and Newman logics model variables of the study were defined we employed univariate, bivariate and multivariable analysis the latter being logistic regression in the SPSS 24 complex samples module.

**Results:** about one-fifth of the infants (21%, 95% CI = 19.7-23.1) were not taken to the postnatal clinic within 2 months of birth. Resident in the central zone of the country (aOR = 1.759; 95% CI aOR = 1.088-2.846), desired pregnancy (aOR = 0.433; 95% CI aOR = 0.217-0.864) and have given birth in the health unit (aOR = 0.284, 95% CI aOR = 0.193-0.416) are the variables that are associated with non-use of postnatal consultations. In the adjusted model, the association with the index of wealth level of education is not significantly different from zero.

**Conclusions:** additional efforts are needed to reduce the proportion of non-users of postnatal care since this is a critical period after childbirth. The reduction of infant mortality is one of the sustainable development goals, which depends on postnatal care also impacts reduction of neonatal mortality. The package of care has to contribute through quality services offered in the postnatal period, but factors of non-use of the postnatal consultation were identified and depended on multisectoral and better policies, not only health sector policy. Nevertheless, relevant factors identified are however significantly associated to the indicators of maternal interaction with health services.

**Key words:** “Factors”; “Utilization”; “postnatal care”; “Mozambique”.



## LISTA DE ABREVIATURAS

|                |   |
|----------------|---|
| <i>CNBS</i>    | Comité Nacional de Bioética para Saúde de Moçambique                        |
| <i>CSP</i>     | Cuidados de Saúde Primários   |
| <i>CPN</i>     | Consulta pré-natal  |
| <i>CPP</i>     | Consulta pós-parto/ consulta pós-natal                                      |
| <i>ESMI</i>    | Enfermeira de saúde materno-infantil  |
| <i>P.F.</i>    | Planeamento Familiar  |
| <i>IHMT</i>    | Instituto Higiene e Medicina Tropical de Lisboa                             |
| <i>INE</i>     | Instituto Nacional de Estatística   |
| <i>INS</i>     | Instituto Nacional de Saúde   |
| <i>IMASIDA</i> | Inquérito de Indicadores sobre Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique |
| <i>MISAU</i>   | Ministério de Saúde   |
| <i>OMS</i>     | Organização Mundial de Saúde  |
| <i>OR</i>      | <i>Odds Ratio</i> (Razão de Chances)  |
| <i>aOR</i>     | <i>Adjusted Odds Ratio</i> (Razão de Chances Ajustada)                      |
| <i>SMI</i>     | Saúde materno-infantil  |
| <i>US</i>      | Unidade de Saúde  |
| <i>USAID</i>   | Agência dos Estados Unidos de América para o Desenvolvimento                |

## ÍNDICE

|   |            |
|---|------------|
| <b>Agradecimentos.....</b>  | <b>iv</b>  |
| <b>RESUMO.....</b>  | <b>v</b>   |
| <b>ABSTRACT .....</b>   | <b>vii</b> |
| <b>LISTA DE ABREVIATURAS .....</b>  | <b>ix</b>  |
| <b>I. INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>12</b>  |
| 1. Contextualização .....   | 12         |
| 2. Enquadramento dos serviços materno-infantis e consulta pós-natal ..... | 12         |
| 3. Revisão da Literatura .....  | 16         |
| 4. Justificativa e relevância do estudo .....                             | 18         |
| 5. Quadro Lógico .....  | 19         |
| 6. Objectivos do estudo .....   | 20         |
| 6.1 Objectivo Geral .....   | 20         |
| 6.2 Objectivos Específicos .....  | 20         |
| <b>II. METODOLOGIA.....</b>   | <b>20</b>  |
| 1. Desenho do estudo .....  | 20         |
| 2. Locais de estudo .....   | 20         |
| 3. População do estudo e amostra.....                                     | 22         |
| 3.1 Amostragem .....  | 23         |
| 4. Variáveis .....  | 24         |
| 4.1 Variável dependente .....   | 24         |
| 4.2 Variáveis explicativas .....  | 24         |
| 5. Análise de dados.....  | 25         |
| 6. Considerações Éticas.....  | 25         |
| <b>III. RESULTADOS.....</b>   | <b>26</b>  |
| 1. Análise univariável .....  | 26         |
| 2. Análise bivariável .....   | 29         |

|   |           |
|---|-----------|
| 3. Modelo de regressão logística múltipla ..... | 34        |
| <b>IV. DISCUSSÃO.....</b>                       | <b>37</b> |
| <b>V. CONCLUSÕES.....</b>                       | <b>43</b> |
| <b>VI. REFERÊNCIAS.....</b>                     | <b>45</b> |
| <b>VII. ANEXOS.....</b>                         | <b>49</b> |
| Quadro de revisão bibliográfica .....           | 49        |
| Plano de análise de dados. ....                 | 57        |
| Aprovação Ética do IMASIDA 2015 .....           | 61        |

## **ÍNDICE DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS**

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - Características Sociais, Demográficas, Económicas e Gerais da Amostra.....        | 27 |
| Tabela 2 - Análise de associação bivariável .....  | 32 |
| Tabela 3 - Modelo de regressão logística múltipla .....                                      | 36 |
| <br>Figura 1 - Distribuição de Mortes Maternas por períodos perinatais.....                  | 13 |
| Figura 2 -Seleccção de casos para análises do estudo, base de dados do IMASIDA 2015. ....    | 23 |
| Figura 3 - Factores de não utilização da consulta pós-natal (análise não ajustada). ....     | 33 |
| <br>Quadro 1 - Características e principais resultados dos artigos científicos revistos..... | 49 |
| Quadro 2 - Objectivos, variáveis e plano de análise de dados .....                           | 57 |

## **I. INTRODUÇÃO**

### **1. Contextualização**

As consultas pós-natais são uma das componentes estratégicas dos cuidados continuados para a saúde perinatal, das puérperas e seus recém-nascidos. Similarmente ao que aconteceu as consultas pré-natais, estas são implementadas como parte dos cuidados de saúde primários, e no contexto de Moçambique, são sobretudo prestadas por enfermeiras de saúde materno infantil (1,3,4).

Em Moçambique a saúde materno-infantil faz parte da agenda prioritária do governo (1). Os serviços voltados a mulher e criança mereceram investimentos infraestrutural, definição de pacote essencial de serviços e formação de recursos humanos. Apesar desses recursos manterem-se escassos, de modo geral, houve um maior volume de investimento, crescimento e priorização a volta de interesses de saúde para as mulheres e crianças (4). Esta priorização deve-se ao facto de Moçambique apresentar taxas muito elevadas de mortalidade materno-infantil e taxas elevadas de natalidade fazendo parte dos países com maiores taxas de mortalidade materno-infantil (1,5).

O Ministério da Saúde (MISAU) têm programas específicos para responder os problemas de saúde da mulher e da criança. Apesar das intervenções para a saúde da mulher e criança mostrarem evolução na sua implementação, com consequente melhoria de indicadores como o número das consultas pré-natais (aumento de mulheres a realizar 4 ou mais consultas), partos na maternidade (aumento das taxas de parto institucional), aumento de cobertura do programa de vacinação e de resposta a prevenção e tratamento de HIV (1,4,6). Entretanto, no que se refere as consultas pós-natais, a oferta e a qualidade dos serviços bem como os investimento no apetrechamento, engajamento profissional parece ser dos mais fracos. Sendo a consulta pós-natal um serviço determinante para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, os planos estratégicos não deram mesmo destaque a este como o fizeram em relação a outros serviços do continuo de cuidados para a mulher e criança, quando se pretende que haja maior prevenção e redução da morbimortalidade materna e neonatal (1,2,7).

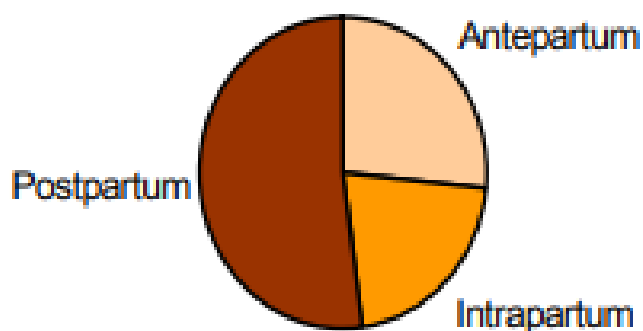
### **2. Enquadramento dos serviços materno-infantis e consulta pós-natal**

Apesar de avanços assinaláveis registados em Moçambique nas últimas décadas, o país mantém um desenvolvimento desigual e com iniquidades no acesso aos cuidados primários de saúde materno-infantil (8). A taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos decresceu

substancialmente entre 1990 e 2011, aproximando-se às metas de desenvolvimento do milénio (8). Por outro lado, registou-se progressos mais lentos na mortalidade neonatal e na taxa de mortalidade materna, cuja razão em 2011, era de 408 mortes por 100,000 nascimentos-vivos, de acordo com o Inquérito Demográfico de Saúde (9), correspondendo a situação invariável em comparação com a cifra de 2003. A razão de mortalidade materna em 2011 era das mais altas do mundo e indicava que Moçambique é dos países em pior situação (10).

A norma da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre cuidados do pós-parto para mãe e recém-nascido, indica que o período pós-parto é uma fase crítica de mudança para a mulher, seu recém-nascido e sua família, afetando o estado fisiológico, emocional e social (7). Apesar de se reconhecer a importância deste período, há mais de duas décadas que a OMS refere que tem se ignorado o facto de que a maioria das complicações e das mortes maternas ocorre neste período pós-parto (ver Figura.1 abaixo), e que a mortalidade neonatal precoce permanece elevada especialmente em países de baixa renda, como é o caso de Moçambique (2,7).

Figura 1 - Distribuição de Mortes Maternas por períodos perinatais



*Fonte: Postpartum Care of the Mother and Newborn: a practical guide, OMS, 1998 (7).*

Segundo informações do “*Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*” da OMS (11), as primeiras horas, dias e semanas após o parto são um período crítico e chave tanto para o recém-nascido bem como para a mãe, isto porque a maior parte das mortes ocorrem imediatamente após o parto ou durante o período pós-parto. Estima-se que no mundo, a cada ano, cerca de 500.000 mulheres perdem a vida devido a complicações da gravidez e do parto, cerca de 3.000.000 de bebês perdem a vida na primeira semana de vida, e cerca de 900.000 perdem a vida dentro de 3 semanas de vida e apenas 1% destas mortes ocorrem em países desenvolvidos (2,3,5,12).

Expandindo o período pós-parto para o primeiro mês após o nascimento do bebé, este continua a ser crítico para a sobrevivência materno e neonatal. A OMS refere que o período pós-parto, ou puerpério, começa cerca de uma hora após a expulsão da placenta e inclui as seguintes seis semanas (3,7). Os cuidados pós-parto devem então responder às especiais necessidades da mãe e do bebé durante esta fase especial e para além desse período, e incluem: a prevenção e detecção precoce e tratamento de complicações e doenças próprias do pós parto ( a exemplo, hemorragia, infecções materna e neonatal, profilaxias do HIV, malária e anemia), e a prestação de aconselhamento e serviços sobre amamentação adequada, espaçamento dos nascimentos, vacinação e nutrição materna e infantil (3).

Alguns estudos mostram que cerca de 40% das mortes em crianças menores de 5 anos acontecem nos primeiros 7 dias de vida (7,8). Alguns dos serviços estão em expansão e actualmente o pacote de serviços pós-parto oferecidos nos cuidados de saúde primaria (CSP) incluem: adesão e retenção da mulher, do homem e da família ao serviço de saúde; acções aconselhamento, mobilização e educação para a saúde; acções clínicas de prevenção e tratamento das principais condições prevalentes de agravos à saúde da mulher e da criança, nomeadamente o planeamento familiar, rastreio e prevenção do cancro do colo uterino e das doenças sexualmente transmissíveis; no que toca ao recém-nascido e ao vínculo com a mãe, os serviços incluem o apoio continuado à amamentação e ao cuidado do recém-nascido, apoio psicoemocional.

No global a saúde materno-infantil mantém-se uma prioridade internacional nesta era dos objectivos de desenvolvimento sustentáveis, e uma prioridade do governo Moçambicano (1,3,13). A redução da morbimortalidade materna e infantil em Moçambique passará por melhoria da prestação de cuidados de saúde específicos para as mulheres e crianças em períodos críticos do ciclo de vida, especialmente no que toca aos períodos reprodutivos e de início de vida. Salvar mais mulheres e crianças através de melhores e mais serviços de saúde está na lista das principais preocupações do país conforme indicado no Plano Estratégico do Sector de Saúde 2014-2019 (1). Apesar de investimentos de meios e recursos para a melhoria de indicadores de saúde das mulheres e crianças na passada era dos objetivos de desenvolvimento do milénio (1990-2015), os índices de mortalidade materna, perinatal e neonatal se mantiveram elevados em Moçambique (5).

As principais causas de mortes maternas em Moçambique são a Hemorragia pós-parto, Malária, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), Infecção puerperal, Trabalho de Parto Arrastado e Eclâmpsia (1). A grande maioria das mortes maternas ocorre como consequência

de complicações directas da gravidez e parto (75%) sendo os períodos mais críticos o período intraparto e a primeira semana após o parto, tanto para as mulheres como para os recém-nascidos (1,4). Uma atenção adequada durante a gravidez, parto e o pós-parto pode prevenir e mitigar a ocorrência e risco de morte por via das referidas complicações de saúde relacionadas a reprodução (1).

Moçambique é um país com taxas de fecundidade persistentemente elevadas entre as mulheres em geral, mas especialmente entre aquelas de baixa escolaridade, baixo nível sócio económico e vivendo nas zonas rurais, estando numa cifra global a volta de 5 filhos por mulher (14). Além da elevada taxa de mortalidade materna já referida, os dados mostram uma taxa de mortalidade neonatal de cerca de 30/1000 nascidos vivos, e a infantil de 64/1000 nascidos vivos, indicando em conjunto que Moçambique continuava a enfrentar, pelos dados de 2011, uma preocupante situação de mortalidade materno-infantil (14). No que concerne a utilização dos serviços de saúde para a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil, 87,2% das mulheres grávidas aderem a primeira consulta pré-natal (CPN) e cerca de 51.7% realizaram o número mínimo de CPN recomendado pela OMS, de 4 ou mais consultas (6); em relação as consultas pós-parto, segundo dados do IMASIDA 2015, apenas de 28% dos recém-nascido realizaram consulta nos primeiros 2 dias após o parto (6). Além disso, até aos 9 meses, o acompanhamento do par mãe-criança é recomendado para oferta de vários serviços custo-eficazes de rastreio de condições de saúde tratáveis, e profilaxias, incluindo acompanhamento do estado nutricional, vacinações e tratamento atempado de doenças endémicas em Moçambique (1).

Vários factores limitantes à utilização dos serviços de saúde são conhecidos, especialmente em cenários de países de baixa renda. Um estudo realizado no Uganda (15) mostrou que falta de recursos financeiros para o transporte, a distância da unidade de saúde, a falta de conhecimento sobre os serviços pós-parto, e a falta de apoio para cuidar da criança em casa são algumas das principais barreiras para utilização de serviços de consulta pós-natal. Outros factores incluem falta de educação, falta de emprego, falta de poder de decisão e falta de tempo para voltar para o serviço (15). Um outro estudo realizado num contexto rural em Nepal (16), demonstrou que a proporção de mulheres que receberam cuidados pós-parto era baixa (34%), e que menos de uma em cada cinco mulheres (19%) recebeu atendimento dentro de 48 horas após o parto. Dentre os factores que vários estudos demonstraram serem associados com a utilização de consultas pós-natal, há que os dimensionar em cada contexto, sendo que há limitadas publicações recentes e abrangentes da África Subsaariana.

### **3. Revisão da Literatura**

A revisão da literatura foi feita através de busca de artigos com palavras chaves, nomeadamente “*determinants*” OR “*factors*” AND “*postnatal*” AND “*care*” OR “*health care*”, para identificação de artigos nas bases de dados PubMed e Google Scholar. Primeiro, os artigos foram seleccionados caso buscassem avaliar factores ou determinantes de utilização de quaisquer dos serviços do contínuo dos cuidados maternos (consulta pré-natal; atendimento ao parto ou consulta pós-natal) e que tivessem sido realizados num país de média ou baixa renda – assim, 119 artigos foram identificados com as palavras chaves; segundo, foram excluídos artigos que pudessem ser classificados como normas, políticas, relatórios sem revisão de pares e artigos repetidos – restando-se 90 (exclusão de 29) artigos científicos pela análise dos títulos que enfocassem determinantes de utilização de serviços de saúde materno-infantis; numa terceira selecção, reteve-se apenas artigos científicos com revisão de pares e que tivessem sido publicados a partir do ano 2009, para compor-se um leque de artigos da última década. Não houve restrição da revisão por língua e no final a revisão é de 31 artigos (exclusão de 59).

A aplicação da estratégia de busca acima descrita visou garantir que estudos mais relevantes sobre determinantes de utilização dos serviços de saúde, em todo o contínuo dos cuidados maternos, fossem inclusos, e focar-se depois os países de baixa renda e especialmente nos Africanos. Pensamos ser útil o referido critério amplo em relação aos serviços, dado que mesmos determinantes podem ser relevantes para o comportamento de utilização e a possibilidade de a mulher buscar qualquer um dos componentes do contínuo dos serviços de saúde maternos. A exemplo, se o nível de educação é um determinante para utilização da consulta pré-natal, é muito provável que o seja também para a utilização dos restantes componentes, o parto na maternidade e a consulta pós-natal.

Seguidamente, fez-se uma triagem de artigos pelo título e resumo. As características dos estudos incluídos estão listadas no quadro 1 em anexo. A avaliação do risco de viés dos estudos levou em conta o tipo do estudo, os critérios de selecção dos participantes, o tipo de instrumentos de “medição”, amostra e técnicas estatísticas empregues para análises e controlo de viés. As informações dos artigos foram extraídas e tabuladas numa planilha Excel.

A maior parte dos estudos realizados são do tipo observacional, de corte transversal e com abordagem quantitativa (n=25) (17–41) dos quais 24 usaram técnica de regressão para análise dos determinantes (17–37,40–42). Oito dos estudos foram publicados desde 2015 (17,18,20,30,32,33,35,37), sendo que os restantes se distribuíram pelos anos prévios e



seguintes. Dos estudos mantidos para a revisão, constam 1 estudo qualitativo (42) e 5 revisões (42–46).

Quinze artigos (17,18,20,21,24,25,27,28,30,32,35,39,43–45) analisaram exclusivamente os determinantes de utilização dos cuidados pós-natais de forma mais aprofundada, e os restantes dezesseis (19,22,23,26,29,29,31,33,34,36–38,40,42–44) consideraram outros serviços do contínuo dos cuidados materno-infantis. Vinte e um estudos foram feitos em África (17–20,22,23,25,27,29–35,39,42–46) e sete em outros países Asiáticos (21,24,28,36,40,41,26). Catorze estudos tinham representatividade nacional (19–24,27–29,33,34,40,45,46) e os restantes estudos a representatividade era regional no contexto de um país.

Alguns estudos mostraram baixa proporção de utilização das CPN com cifras que variaram de 10 a 54% (40,46) e geralmente a proporção de mulheres que usaram as consultas pós-partos foi mais baixa em relação as que usaram as CPN [em torno de 37%] (17,18,21,22,25,27,29,30,32,33,35,36,39,42,45)] quando analisadas isoladamente.

Muitos estudos implicam a utilização prévia de serviços (CPN e parto institucional) ((13) 18,20,21,25–28,30,32–34,43,45), os níveis de educação e socioeconómico (17,21,22,26,28–30,33–37,39,43,44,46–48) e vários indicaram a área de residência (19–25,27,29,33,34,40–43,46), e ainda idade materna, estado marital e religião como factores associados a utilização dos serviços de cuidados de saúde maternos (32,34,35,49).

Através da análise dos estudos incluídos nesta revisão, nota-se que os determinantes de utilização das consultas pós-parto e do contínuo dos cuidados maternos em geral são similares. Considerando que os estudos são similares em termos de metodologia, e dada a variação de localização dos estudos, pode-se assumir que as evidências sobre os determinantes listados acima são robusta. Nesta era de objectivos de desenvolvimento sustentável, o conhecimento desses determinantes e a variação da implicação desses ao longo do tempo pode ser útil para monitorar os avanços e propor inovações e áreas de maiores investimentos.

No entanto, há a notar a ausência de estudos de caso controle, de coorte ou experimentais na avaliação de determinantes de utilização dos serviços maternos, especialmente a consulta pós-natal. Este facto pode ser devido a agendas de pesquisas, capacidades e recursos que não priorizam outros tipos de estudo, a dependência dos países de baixa renda, mas também ao facto de estudos transversais continuarem a ser suficientes para monitorar a prevalente falta de avanço na melhoria dos determinantes de utilização dos serviços maternos. Com o conhecimento produzido pelos estudos transversais, não havendo grandes mudanças ao longo

dos anos e entre os países, seria necessário avançar-se para estudos mais robustos e complexos? Todos os estudos apontam enfim para determinantes que carecem de políticas públicas melhores e mais eficazes, abrangentes e muitas delas dependentes de desenvolvimento humano e não directamente do sector da saúde.

No que toca a Moçambique, não se encontrou estudos sobre determinantes de utilização da consulta pós-natais. Alguns estudos foram feitos nos países africanos próximos a Moçambique, nomeadamente em Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe (17–19,50,51).

#### **4. Justificativa e relevância do estudo**

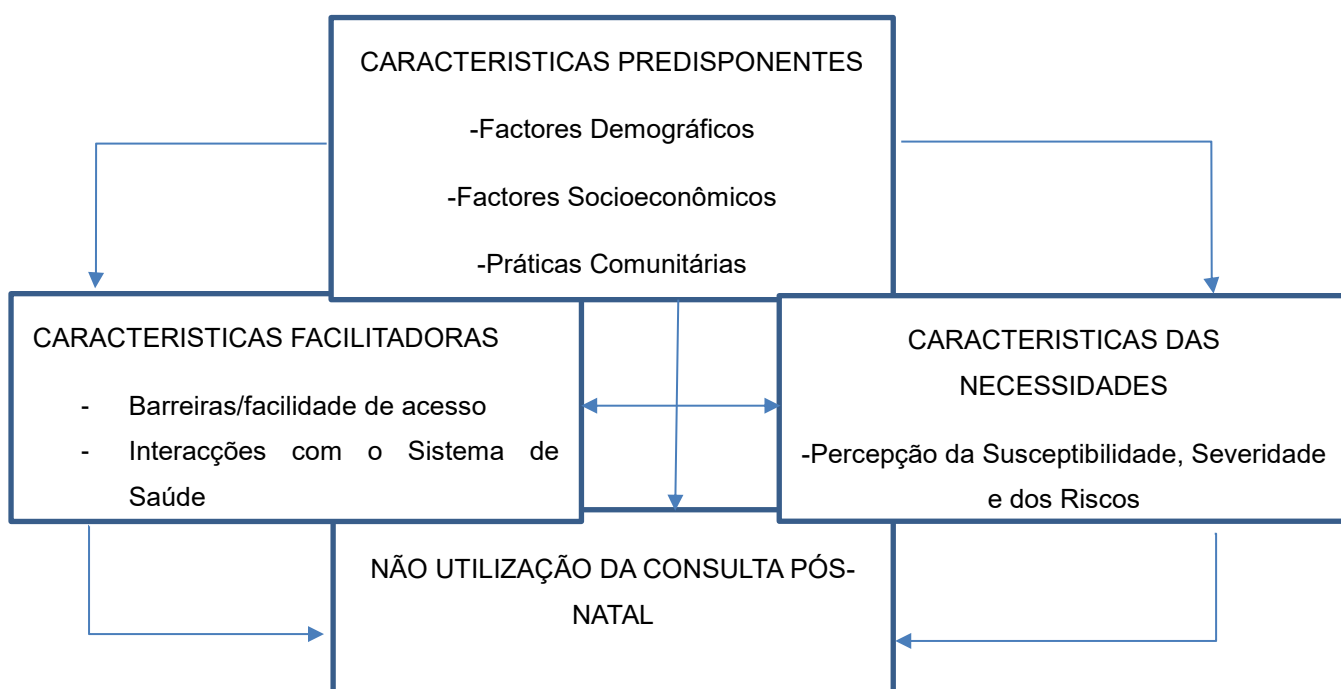
Os cuidados de saúde primários (CSP) em Moçambique dão ênfase a saúde da mulher e criança. Com efeito, todos os centros de saúde de Moçambique têm no seu quadro de pessoal enfermeiras especializadas para a saúde materno-infantil (ESMI) e oferecem consultas pré-natais (CPN) e pós-parto (CPP), de acordo com as normas nacionais, que estão alinhadas com as recomendações da OMS (3). As CPP são feitas aos pares (mãe e recém-nascido), e enquanto que nas CPN as mulheres são oferecidas rastreio de infecções (exemplo: HIV, Hepatite e Sífilis), de condições próprias da gravidez (Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia e agravamento da anemia), diversas profilaxias (vacina antitetânica, desparasitação, profilaxia medicamentosa contra-malária e contra- anemia), nas CPP, por sua vez, consolida-se o pacote de serviços oferecidos na CPN e rastrear adicionalmente as complicações próprias do pós-parto, tanto para a mãe como para o recém-nascido. As CPP são então uma oportunidade de contacto único com os serviços de saúde, para melhorar-se a sobrevivência materno-infantil. A exemplo, as CPP permitem adicionalmente rastrear e tratar precocemente hemorragias do puerpério ou mais tardias, infecções do trato reprodutivo, condições crónicas como é o caso de hipertensão arterial (HTA) e diabetes mellitus (DM), infecções sistêmicas como é o caso de HIV e malária; para o caso do recém-nascido, a sepses do cordão umbilical, infecções sistêmicas (sobretudo respiratórias) e acompanhamento do crescimento, profilaxia de HIV e imunização (4).

Enquanto os indicadores de saúde materno-infantil (SMI) em Moçambique mostraram uma tendência crescente de utilização das CPN, pelo menos a primeira consulta, as CPP, mesmo tendo a importância acima descrita, não mereceu ainda uma atenção efectiva por parte dos fazedores de política. A paucidade de pesquisas específicas e actuais sobre a utilização de CPP, portanto, é uma limitação aos processos de optimização de políticas de saúde, especialmente a vigente – PESS 2014-2019 (1). Este estudo concorre por isso para gerar informação relevante no que toca a factores de utilização de consultas pós-natais de modo a informar intervenções

que favoreçam as mesmas. Este estudo é oportuno dado que se aproxima o termo da principal política de saúde vigente em Moçambique. Uma avaliação quantitativa geograficamente representativa visa enfim identificar fatores para o não uso da CPP e pode ajudar a esclarecer padrões, relações e a importância relativa dos fatores.

## 5. Quadro Lógico

A elaboração do quadro lógico para o presente estudo teve como referência o modelo de Anderson e Newman sobre utilização dos serviços de saúde (52). O modelo se apresenta em função de 3 conjunto de características, nomeadamente as características predisponentes, características facilitadoras e as necessidades de saúde (Figura abaixo). Para as características predisponentes farão parte variáveis tais como: idade da mãe, número de gestação, estado marital, nível educacional, quintil de riqueza, área de residência, acesso aos meios de comunicação (mídia); para as características facilitadoras incluir-se-á variáveis tais como: distância para a unidade sanitária, a participação da mulher nas decisões domésticas (quem decide se deve ou não ir a US ou sobre os bens e dinâmicas no agregado familiar); e para as características das necessidades incluir-se-á: a utilização da consulta pré-natal, tipo de parto (institucional ou não), desejo de ter filhos, ordem de nascimento de filhos. Este modelo tem sido seguido explicita ou implicitamente por vários estudos similares referidos na revisão bibliográfica.



*Framework: Modelo de Andersen e Newman, 1995, traduzido e adaptado (52).*

## **6. Objectivos do estudo**

### **6.1 Objectivo Geral**

O presente trabalho tem como principal objectivo analisar os factores de não utilização de consultas pós-natais por lactantes dentro dos 2 primeiros meses de vida em Moçambique.

### **6.2 Objectivos Específicos**

Para responder ao objetivo geral foram identificados os seguintes objectivos específicos:

- Determinar a proporção de crianças dos 0-24 meses de idade que realizou a consulta pós-natal;
- Descrever o padrão de não utilização das consultas pós-natais por características sociais, demográficas, geográficas e de saúde da mãe e de lactantes, dentro dos 2 primeiros meses de vida;
- Analisar a associação entre a não utilização das consultas pós-natais e as características sociais, demográficas, geográficas e de saúde de lactantes, dentro dos 2 primeiros meses de vida.

## **II. METODOLOGIA**

### **1. Desenho do estudo**

O estudo utilizou dados obtidos por um inquérito de saúde nacional, designado abreviadamente de IMASIDA 2015. O IMASIDA é um estudo observacional, quantitativo, de corte transversal e de base populacional. A base de dados do IMASIDA contém um módulo sobre a saúde da criança nascidas nos 5 anos prévios ao inquérito, sendo que as respondentes foram as mães das respectivas crianças. Para este estudo utilizou-se os dados do módulo de saúde da criança seleccionando-se aquelas com idade até 24 meses na altura do inquérito no sentido de minimizar-se eventual viés de memória das mães relativamente a questões de saúde das suas crianças nos primeiros meses de vida das mesmas.

### **2. Locais de estudo**

O IMASIDA foi implementado em todas as províncias e distritos de Moçambique. Na sua divisão administrativa, Moçambique tem 11 províncias sendo 3 na região norte do país (Niassa, Cabo Delgado e Nampula), 4 na região centro (Zambézia, Sofala, Tete e Manica) e 4 na região

sul (Inhambane, Gaza, Maputo e Cidade de Maputo). Estas províncias estão divididas em distritos e a divisão administrativa em cada distrito inclui localidades e postos administrativos. O IMASIDA 2015 teve em conta o mapeamento de áreas populacionais do recenseamento geral da população e habitação de Moçambique de 2007, incluindo a distribuição de habitação e população pelas hierarquias administrativas acima referidas, o que permitiu a identificação das áreas de seleção da amostra (Área de Enumeração do Censo-EA) (6).

Moçambique é um país da costa oriental da África Austral que tem como limites: a norte, a Tanzânia; a noroeste, o Malawi e a Zâmbia; a oeste, o Zimbábwe, a África do Sul e a Suazilândia; a sul, a África do Sul; a leste, a secção do Oceano Índico designadamente o Canal de Moçambique. A capital do país é a cidade de Maputo situada mais a sul do país. Na altura do inquérito IMASIDA 2015 a população do país rondava os 26 milhões de habitantes sendo que 64% residia em zonas rurais e era projectado um crescimento anual de cerca de 2.9% (53,54). Nesta população era prevalente níveis muito baixos de educação, sendo que apenas 17,1 % das mulheres de 15-49 terminaram o ensino secundário, e 46,1% da população vivia abaixo da linha de pobreza (6).

O número e densidade populacional varia em todo o país. A província do Niassa, mais a norte, é aquela com menor densidade populacional, com 13 pessoas/km<sup>2</sup>; a província de Cabo Delgado tem densidade de 23 pessoas/km<sup>2</sup> (54). As províncias mais populosas de Moçambique são as de Zambézia e Nampula com 46 pessoas/km<sup>2</sup> e 61 pessoas/km<sup>2</sup> habitantes respectivamente na altura do Inquérito IMASIDA 2015 (54). Em todo o país, dos 26 milhões de habitantes, a população é jovem com idade mediana de 17 anos, sendo os menores de 5 anos correspondentes a 17,1% e as mulheres de 15-49 anos a 46% (54). Embora o país tivesse crescimento macroeconómico considerável nos anos prévios ao IMASIDA, a principal actividade económica em que a população economicamente activa estava envolvida é a agricultura de subsistência, sendo que nas zonas costeiras ocorre alguma prática de pesca (12,9% da população moçambicana), também de subsistência (54).

Moçambique prioriza os cuidados de saúde primários. A estratégia do sector da saúde em vigor almeja mais e melhores serviços de saúde nos cuidados de saúde primários. A oferta desses cuidados é feita através de agentes comunitários de saúde, os quais actuam em zonas rurais e distantes das unidades sanitárias, através de clínicas móveis e por uma rede de centros de saúde rurais e urbanos. Os centros de saúde responsabilizam-se pelas actividades de clínica móvel e dos agentes comunitários de saúde, numa determinada área de saúde. Moçambique possui 1351

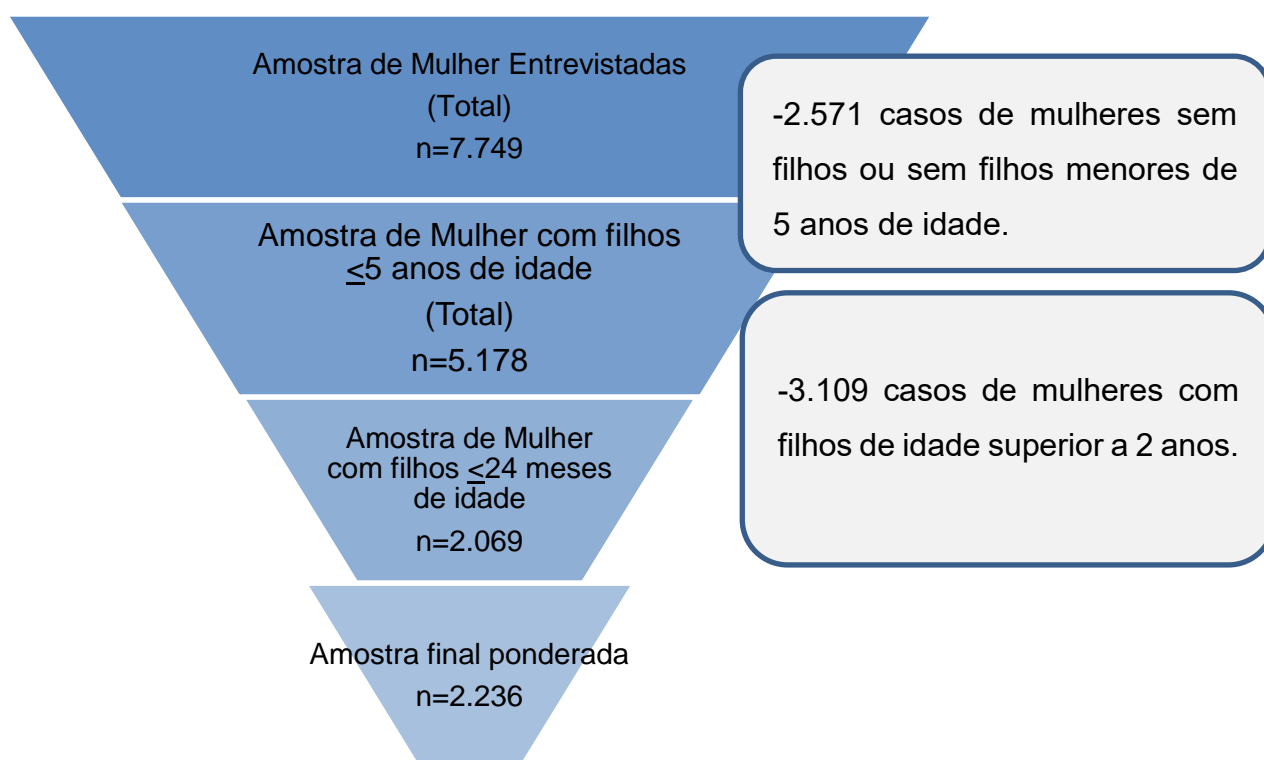
centros de saúde distribuídos por todo o país (54). A recolha de dados do IMASIDA foi efectuada a nível de agregados familiares, por equipa de inquiridores treinados do Instituto Nacional de Estatística de Moçambique, e decorreu de junho a setembro do ano 2015, simultaneamente em todas as províncias.

### **3. População do estudo e amostra**

A população do estudo são as crianças Moçambicanas de até 24 meses de idade no momento que se realizou o IMASIDA 2015. O tamanho de amostra geral do IMASIDA foi de 7.368 agregados familiares, estimada como suficiente para analisar-se os principais indicadores de saúde da mulher (por exemplo, utilização de consultas pré-natais ou pós-parto), com representatividade urbana e rural e a níveis de regiões e de províncias de Moçambique; este tamanho de amostra foi determinado previamente pelo Instituto Nacional de Estatística de Moçambique com 95% de confiança para as estimativas requeridas (indicadores chave de saúde da mulher) e erro amostral de 5%. Do tamanho de agregados familiares previstos, esperava-se entrevistar 8.204 mulheres em todo o país. A taxa de resposta de mulheres elegíveis foi de 94,5% correspondendo a 7.749 mulheres (6).

Para o presente trabalho foram extraídos dados correspondentes a 2.236 mulheres respondentes. Os respondentes incluídos na amostra para as análises são as que tinham pelo menos uma criança viva com até 24 meses de idade na data do inquérito. Embora o puerpério seja de 48 dias (2,3) (PESS 2014-2019), e as consultas para o recém-nascido seja determinada para serem efectuas aos 3, 7, e 21 à 28 dias (1–3). A política nacional de saúde materna infantil em Moçambique também recomenda que as consultas pós-parto ocorram dentro de 2 meses após o parto (1,4).

Figura 2 -Seleccção de casos para análises do estudo, base de dados do IMASIDA 2015.



### 3.1 Amostragem

A amostragem no IMASIDA foi tri-etápica: seguindo o mapa de áreas de enumeração definidos para as operações de sistema nacional de estatísticas, pelo Instituto Nacional de Estatística de Moçambique, foram listados e incluídos todos os distritos e localidades e as áreas urbanas e rurais de amostragem (conglomerados) e estes seleccionados por amostragem aleatória simples; nestes conglomerados, uma amostra aleatória sistemáticas de agregados familiares foi determinada, com base num algoritmo de amostragem aleatória previamente desenvolvido pelo Instituto Nacional de Estatística de Moçambique em parceria com o Instituto Nacional de Saúde e o programa *Demographic and Health Survey* (DHS) (6); a terceira etapa consistiu em entrevistar o universo das mulheres com filhos de até 59 meses de idade que residissem de facto nos agregados familiares seleccionados na etapa prévia, sendo que uma entrevista foi conduzida com base no questionários estruturado específico sobre a saúde das mulheres e crianças, como descritos extensamente nos documentos do DHS (6,55).

Em síntese, o questionário inclui: para o módulo de agregado familiar uma secção de identificação, listagem dos membros do agregado familiar e suas características demográficas, uma tabela para selecção dos elegíveis para entrevistas, uma secção de consentimento para os

testes biomédicos as crianças dos 0-5 anos, e uma com questões sobre características sociais e económicas do agregado familiar; Para o módulo de entrevista a mulher, 10 secções são incluídas, nomeadamente, características gerais da inquirida, de reprodução, de saúde dos filhos, de imunização dos filhos, a situação matrimonial e actividade sexual, conhecimento do HIV/SIDA e Malária, contracepção, utilização dos serviços e outros aspectos de saúde, ocupação da mulher e questões sobre participação nas decisões e violência doméstica.

Para o presente estudo, todos os casos elegíveis de mulheres (com filhos até 24 meses de idade) constantes da base de dados do IMASIDA 2015 foram extraídos da mesma para a análise de interesse – utilização das consultas pós-natais dentro de 2 meses após o parto - sendo que não houve necessidade de aplicar-se técnica de amostragem específica.

#### **4. Variáveis**

##### **4.1 Variável dependente**

A variável dependente neste estudo é a “utilização de consulta pós-natal dentro de 2 meses” após o parto, que toma os valores iguais a 0 em caso de não utilização e iguais a 1 no caso de utilização. A base de dados do IMASIDA disponibilizada pelo INS de Moçambique e no sítio eletrónico do DHS ([www.dhsprogram.com](http://www.dhsprogram.com)) já contém esta variável definida de acordo com as recomendados da OMS. Esta variável deriva das seguintes questões:

1. Depois do parto alguém observou o bebê para controlar o estado de saúde dele?
2. Quem observou ao bebê?
3. Depois do parto, quanto tempo passou até ter sua primeira consulta?

Na definição da variável foram considerados consulta realizada quando o atendimento tenha sido feito por provedores de saúde qualificados que incluem: médicos, enfermeiras, parteiras, trabalhadores comunitários de saúde.

##### **4.2 Variáveis explicativas**

Estão já definidas em vários estudos (17,20,56) quais as variáveis explicativas de interesse para a análise de factores de utilização de consulta pós-natais. Os modelos incluem variáveis sociais e demográficas como: sexo da criança, idade da mãe, utilização de unidade sanitária para o parto, cuidado pré-natal, ordem de nascimento, acesso a US (distância para a unidade), ter desejado a gravidez do bebê em análise, educação, estado civil, ocupação, local de parto, local de residência, província de residência, zona de residência, um índice relativo de posse de bens



e amenidades (quintil de posse/ de riqueza), religião, exposição a mídia e participação da mulher nas decisões domésticas. A tabela em anexo (1) mostra em maior detalhe as variáveis independentes (explicativas) analisadas neste estudo.

## **5. Análise de dados**

Três níveis de análise foram empregados neste trabalho. Todas as variáveis neste estudo, quer a dependente como as explicativas, são categóricas ou transformadas em variáveis categóricas quando aplicável. Numa primeira etapa da análise de dados (análise univariável), empregou-se estatística descritiva, determinando-se a distribuição de frequência relativas (%) e absolutas para cada uma das variáveis.

Numa segunda etapa (análise bivariável), recorreu-se a análise cruzada entre a variável dependente (consulta pós-parto até 2 meses = sim vs. não) com cada uma das variáveis explanatórias. Usou-se para este efeito a regressão logística simples e considerou-se um nível de significância de 5%. Ou seja, considerou-se haver uma associação significativa entre as variáveis explicativas e a não utilização de consultas pós-parto sempre que  $p < 5\%$ , isto é rejeição da hipótese nula, onde  $H_0$  corresponde à não associação (57,58).

Por último, o modelo final de regressão logística múltipla foi construído de acordo com a revisão de literatura e a relevância das variáveis da análise bivariável (57,58). Todas as análises foram efectuadas no aplicativo SPSS versão 24, usando-se o painel de análise de amostras complexas e os ponderadores estatísticos do próprio inquérito IMASIDA 2015, constantes da base de dados. Considerou-se um nível de significância de 5% em todas as análises com teste de hipóteses e intervalos de confiança a 95%. Interpreta-se que ocorra menor chance de não utilizar a CPP quando a razão de chance (OR) é menor que 1; e maior chance de não utilizar a CPP quando o OR é maior que 1; em anexo 1 consta uma tabela com detalhes das variáveis e do plano de análise de dados.

## **6. Considerações Éticas**

O IMASIDA 2015 conformou-se e foi implementado seguindo normas éticas nacionais, tendo sido aprovado pelo Comité Nacional de Bioética para a Saúde de Moçambique (IRB00002657) com a referência 262/CNBS/14. Os participantes sobre os quais recolheu-se os dados consentiram de forma livre e informada a sua inclusão no estudo. No que toca ao presente estudo a base de dados cedida pelo INS é anónima e sem identificadores.

### **III. RESULTADOS**

#### **1. Análise univariável**

A Tabela 2 mostra os resultados da análise univariável que descreve as características da amostra de mães entrevistadas sobre utilização da consulta pós-natal até 2 meses de idade do último filho com idade menor que 24 meses. As características são descritas em proporções ponderadas. No que toca a variável dependente deste estudo, os resultados mostram que 21,4% (479) das inqueridas não utilizou os serviços de consulta pós-natais até 2 meses após o parto. Na análise desagregada das proporções daquelas que utilizaram a consulta, nota-se que 15,1% (265) das respondentes referiu ter feito a primeira consulta pós-natal dentro da primeira hora após o parto, 16,1%(283) dentro de 1 dia após o parto, 40,2% (706%) dentro de primeira semana, e 20,9% (368) referiu ter feito a consulta dentro de 2 semanas após o parto.

Os resultados da análise descritiva da amostra (pares de mães e suas criança até 2 anos de idade) mostram que a maior parte das respondentes tinha menos de 30 anos de idade (68%,1521), desejavam ter o filho no momento em que engravidaram (79,1%,1769), residia em zonas rurais na altura do inquérito (73,6%, 1646), e distantes de uma unidade de saúde (59,9%, 1136); no que toca a algumas das suas condições sociais, 76,8%(1718) não tinha eletricidade nas suas residências, 78,6%(1759) e 18,5%(413) utiliza lenha e carvão respectivamente como combustível para cozinhar; apenas 32,4%(725) tinha acesso a água canalizada e muitos poucos tinham retrete (latrina) melhorada (9,3%, 208); a maior parte das entrevistadas viviam em união marital e residiam com os seus cônjuges (79%,1768), 28%(627) não estudara e 55%(1229) estudara no ensino primário elementar; a maior parte das respondentes não tinha emprego formal (61,4%; 1371) e não era a tomadora primária de decisões domésticas (56,3%, 1259).

Moçambique é um país que apresenta diversidade de religiões, sendo a religião Cristã, Islâmica, Protestante, Zione e Evangélicas as mais reportadas neste estudo, com 29,8%(666), 20%(446), 17%(380), 12,3%(275) e 10,5%(234) respectivamente; reportaram não ter religião 7,5%(167) das entrevistadas. Dois terços da amostra do estudo não tinha acesso e não utilizavam a mídia (75,2%; 1682), que é um dos meios preferenciais para veiculação de mensagens de promoção de saúde infantil.

Moçambique segue recomendações da OMS no que toca a oferta de cuidados primários de saúde (CPS) para mulher grávida e no pós-natal/parto. As consultas pré-natais e parto institucional (na unidade de saúde com maternidade) são promovidas como estratégias de melhoria da saúde materno-infantil. No global o estudo apurou que mais da metade (60,4%;

1350) das mães utilizou quatro ou mais consultas pré-natal (CPN). No que toca ao local de parto, 70% (1566) referiu ter dado à luz em unidade de saúde e 87,8% (1543) referiu ter feito a consulta pós-natal com profissional de saúde qualificado.

*Tabela 1 - Características Sociais, Demográficas, Económicas e Gerais da Amostra*

|  |                      | 95% IC |       |      |      |
|--|----------------------|--------|-------|------|------|
|  |                      | N      | %     | Min  | Max  |
| Consulta Pós-natal                       | Não                  | 479    | 21.4  | 19.7 | 23.1 |
|  | Sim                  | 1757   | 78.6  | 76.9 | 80.3 |
|  | Total                | 2236   | 100.0 |      |      |
| Idade                                    | 15-19                | 417    | 18.6  | 17.0 | 20.2 |
|  | 20-24                | 630    | 28.2  | 26.3 | 30.0 |
|  | 25-29                | 474    | 21.2  | 19.5 | 22.9 |
|  | 30-34                | 326    | 14.6  | 13.1 | 16.0 |
|  | 35+                  | 389    | 17.4  | 15.8 | 19.0 |
|  | Total                | 2236   | 100.0 |      |      |
| Desejava a Gravidez quando ficou grávida | Desejava             | 1769   | 79.1  | 77.5 | 80.8 |
|  | Desejava +tarde      | 354    | 15.8  | 14.3 | 17.4 |
|  | Não Desejava         | 112    | 5.0   | 4.1  | 5.9  |
|  | Total                | 2235   | 100.0 |      |      |
| Omisso                                   |                      | 1      |       |      |      |
| Total                                    |                      | 2236   |       |      |      |
| Nível de Escolaridade                    | Não estudou          | 627    | 28.0  | 26.2 | 29.9 |
|  | Primário             | 1229   | 55.0  | 52.9 | 57.0 |
|  | Secundário+          | 380    | 17.0  | 15.4 | 18.6 |
|  | Total                | 2236   | 100.0 |      |      |
| Estado Marital                           | Nunca casada         | 157    | 7.0   | 6.0  | 8.1  |
|  | Actualmente casada   | 1768   | 79.0  | 77.4 | 80.7 |
|  | Anteriormente casada | 311    | 13.9  | 12.5 | 15.4 |
|  | Total                | 2236   | 100.0 |      |      |
| Religião                                 | Cristã               | 666    | 29.8  | 27.9 | 31.7 |
|  | Islâmica             | 446    | 20.0  | 18.3 | 21.6 |
|  | Protestante          | 380    | 17.0  | 15.5 | 18.6 |
|  | Zione                | 275    | 12.3  | 10.9 | 13.7 |
|  | Evangélica           | 234    | 10.5  | 9.2  | 11.8 |
|  | Outros               | 67     | 3.0   | 2.3  | 3.7  |
|  | Sem religião         | 167    | 7.5   | 6.4  | 8.6  |
|  | Total                | 2234   | 100.0 |      |      |
| Omisso                                   |                      | 3      |       |      |      |
| Total                                    |                      | 2236   |       |      |      |
| Região de Residência                     | Norte                | 849    | 38.0  | 36.0 | 40.0 |
|  | Centro               | 916    | 41.0  | 38.9 | 43.0 |
|  | Sul                  | 471    | 21.0  | 19.4 | 22.7 |

*Factores associados a não utilização da consulta pós-natal por crianças lactantes em Moçambique: Análise do Inquérito Nacional de Saúde de 2015 (IMASIDA)*

|   |                       |      |       |      |      |
|---|-----------------------|------|-------|------|------|
| Índice Riqueza                                  | Pobre                 | 1036 | 46.3  | 44.3 | 48.4 |
|   | Intermédio            | 439  | 19.6  | 18.0 | 21.3 |
|   | Rico                  | 761  | 34.0  | 32.1 | 36.0 |
| Zona de Residência                              | Urbano                | 590  | 26.4  | 24.6 | 28.2 |
|   | Rural                 | 1646 | 73.6  | 71.8 | 75.4 |
| Ordem de Nascimento                             | 1-2'                  | 952  | 42.5  | 40.5 | 44.6 |
|   | 3-4'                  | 620  | 27.7  | 25.9 | 29.6 |
|   | 5+                    | 665  | 29.7  | 27.8 | 31.6 |
| Sexo da Criança                                 | Masculino             | 1113 | 49.8  | 47.7 | 51.9 |
|   | Feminino              | 1123 | 50.2  | 48.1 | 52.3 |
| Consultas Pré -natais                           | Não fez CPN           | 155  | 6.9   | 5.9  | 8.0  |
|   | 1-3'                  | 731  | 32.7  | 30.7 | 34.6 |
|   | 4+                    | 1350 | 60.4  | 58.4 | 62.4 |
| Distância até a Unidade de Saúde                | <30 minutos           | 762  | 40.1  | 38.1 | 42.2 |
|   | >30 minutos           | 1136 | 59.9  | 57.8 | 61.9 |
|   | Total                 | 1898 | 100.0 |      |      |
| Omisso  |                       | 339  |       |      |      |
| Total   |                       | 2236 |       |      |      |
| Parto na Unidade de Saúde                       | Foi na US             | 1566 | 70.0  | 68.1 | 71.9 |
|   | Não foi na US         | 671  | 30.0  | 28.1 | 31.9 |
|   | Total                 | 2236 | 100.0 |      |      |
| Utilização dos média                            | Não                   | 1682 | 75.2  | 73.4 | 77.0 |
|   | Sim                   | 554  | 24.8  | 23.0 | 26.6 |
|   | Total                 | 2236 | 100.0 |      |      |
| Participação nas Decisões Domésticas            | Não                   | 1259 | 56.3  | 54.3 | 58.4 |
|   | Sim                   | 977  | 43.7  | 41.6 | 45.7 |
|   | Total                 | 2236 | 100.0 |      |      |
| Consulta pós-natal com profissional qualificado | Não                   | 214  | 12.2  | 10.8 | 13.5 |
|   | Sim                   | 1543 | 87.8  | 86.5 | 89.2 |
|   | Total                 | 1757 | 100.0 |      |      |
| Omisso  |                       | 479  |       |      |      |
| Total   |                       |      |       |      |      |
| Agregado com acesso a Eletricidade              | Não                   | 1718 | 76.8  | 75.1 | 78.6 |
|   | Sim                   | 493  | 22.1  | 20.3 | 23.8 |
|   | Não Residente         | 25   | 1.1   | 0.7  | 1.6  |
|   | Total                 | 2236 | 100.0 |      |      |
| Fonte de Água do Agregado                       | Sem Água Canalizada   | 1511 | 67.6  | 65.6 | 69.5 |
|   | Com Água Canalizada   | 725  | 32.4  | 30.5 | 34.4 |
|   | Total                 | 2236 | 100.0 |      |      |
| Combustível para cozinhar                       | Combustível Melhorado | 39   | 1.8   | 1.2  | 2.3  |
|   | Carvão                | 413  | 18.5  | 16.9 | 20.1 |
|   | Lenha                 | 1759 | 78.6  | 76.9 | 80.3 |
|   | Não Residente         | 25   | 1.1   | 0.7  | 1.6  |
|   | Total                 | 2236 | 100.0 |      |      |
| Tipo de Toilet                                  | Toilet Precário       | 2028 | 90.7  | 89.5 | 91.9 |

|                  |      |       |     |      |
|------------------|------|-------|-----|------|
| Toilet Melhorado | 208  | 9.3   | 8.1 | 10.5 |
| Total            | 2236 | 100.0 |     |      |

*valores corrigidos para amostragem complexa*

## **2. Análise bivariável**

Na Tabela 3 e na figura 3 mostra-se resultados de análise da associação entre as características tais como as demográficas, sociais e de utilização de serviços de saúde prévios ao parto, com a utilização de cuidados pós-natais (CPP) dentro de 2 meses após nascimento da criança, de acordo com respostas de mães. Assim, nota-se uma associação estatisticamente significativa entre a idade da mãe e a utilização da CPP dentro de 2 meses após o parto; com efeito, as mulheres na faixa etária dos 15-19 anos têm menor chance ( $OR=0,510$ ;  $95\%IC=0,344-0,755$ ) de não terem comparecido a CPP quando comparadas as mulheres de 35 ou mais anos de idade; similar associação se verifica para faixas etárias de 25-29 anos ( $OR=0,661$ ;  $95\%IC=0,438-0,996$ ) e de 30-34 anos ( $OR=0,628$ ;  $95\%IC=0,412-0,957$ ). As mulheres que desejavam ter engravidado na altura que tiveram o filho tem menor chance de faltar a CPP ( $OR=0,747$ ;  $95\%IC=0,452-1,235$ ) embora esta não seja significativamente diferente quando comparada com aquelas cuja a gravidez era indesejada; no que toca as mulheres que desejavam ter tido filhos mais tarde, quando comparadas as que não desejavam ter mais filhos, a chance de faltar a consulta é significativamente menor ( $OR=0,486$ ;  $95\%IC=0,280-0,844$ ).

Os níveis de educação formal são reconhecidos como importante determinante de saúde e de comportamentos de busca de serviços saúde. Neste estudo, o nível de educação formal das mães mostrou estar associada com a utilização da CPP, sendo que as mulheres que não estudaram tem 4 vezes maior chance de não comparecerem a CPP ( $OR=4,039$ ;  $95\%IC=2,589-6,303$ ) quando se compara com as mulheres que cursaram o ensino secundário ou mais; a associação também mostrou-se significativa entre as mulheres que frequentaram o ensino primário, que têm aproximadamente 3 vezes maior chance de não comparecerem a consulta ( $OR=2,617\%$ ;  $95\%IC=1,740-3,938$ ) do que aquelas que frequentaram o ensino secundário ou maior nível, isto é, quanto menor o nível educacional menor a chance de utilizar a CPP.

Como variável de aproximação na avaliação de poder económico, o estudo emprega um índice que ordena indivíduos por bens possuídos pelo agregado familiar. Na análise de probabilidades de não utilização de consultas pós-natais, as mulheres que pertenciam à categoria “pobre” ( $OR= 2,928$ ;  $95\%IC=2,127-4,030$ ) tiveram aproximadamente 3 vezes maior chance de faltar a consulta pós-natal em comparação com as da categoria “rica”; as mulheres de categoria

“intermédia” tiveram 2,8 vezes maior chance de faltar a consulta pós-natal (OR=2,789, IC=1,854-4,197) em comparação com as “ricas” (nível de posse de bens mais alto).

A participação da mulher nas decisões domésticas não teve associação significativa com a não utilização das CPP, entretanto as mulheres que não participam das decisões têm 1,1 vezes maior chance de não comparecer (OR=1,135; 95%IC=0,823-1,565) em comparação com as que participam das decisões domésticas.

Apesar do estado marital não mostrar associação significativa com uso de CPP, as mulheres solteiras tem menor chance faltar a consulta quando comparadas com separadas, divorciadas ou viúvas (OR=0,532; 95%IC=0,235-1,204). Idêntica associação se verifica quando se compara as mulheres em união marital, que tem menor chance de comparecer a CPP, em comparação com as separadas/divorciadas ou viúvas (OR=0,880; 95%IC=0,532-1,456).

A religião está associada com a não utilização das CPP, sendo a chance menor para as mulheres “evangélicas” (OR=0,326; 95%IC 0,166-0,640) quando comparadas as “sem religião”, e o mesmo se verificou para a religião “islâmica” (OR=0,315; 95%IC=0,148-0,670), a “ziona” (OR=0,465; 95%IC=0,218-0,993); ainda no que toca as religiões, as praticantes da “protestante” tem menor chance de não utilizar a CPP (OR=0,545; 95%IC=0,280-1,059) em comparação com as mulheres “sem religião” pese embora esta associação não seja significativamente diferente de zero.

Tomando a região sul de Moçambique como a de referência, a chance de não utilização da CPP foi significativamente maior nas regiões centro e norte, sendo que a região norte apresentou 1,6 vezes maior chance (OR=1,641; 95%IC=1,025-2,626) e a região centro 3,6 maior chance (OR=3,615; 95%IC=2,390-5,467) de não comparecimento de mulheres e seus bebés a CPP até aos 2 meses de idade. Ainda em relação a zona de residência, as mulheres residindo em zonas rurais mostraram ter 2,4 vezes maior chance (OR=2,389; 95%IC=1,642-3,477) de não comparecer a CPP em comparação com aquelas que residem em zonas urbanas.

A experiência e vivência da mulher com maternidade e com os serviços de saúde associados depende do número de gravidezes ou nascimentos tidos por elas. Analisando a ordem de nascimento da criança, neste estudo, mães com bebés de 1ª e 2ª ordem tem menor chance de não comparecerem a CPP (OR=0,691; 95%IC=0,514-0,929) em comparação com as de 5ª ordem ou mais; notou-se também, para a 3ª e 4ª ordem de nascimentos, uma menor chance de não comparecer a CPP (OR=0,630; 95%IC=0,434-0,915) em comparação com os filhos de 5ª ordem. No que toca ao sexo da criança, apesar de um bebé do sexo masculino mostrar-se com

uma chance de 1,2 vezes maior de não comparecer a CPP (OR=1,182; 95%IC=0,926-1,508) esta última análise de associação não é estatisticamente significativa.

A variável “consulta pré-natal” (CPN) teve associação significativa com a utilização da CPP dentro de 2 meses, sendo que, aquelas que não fizeram nenhuma CPN tem aproximadamente 6 vezes maior chance de não utilizar a CPP (OR=5,659; 95%IC=3,326-9,630) em comparação com as mulheres que utilizaram 4 ou mais consultas; as mulheres que realizaram 1-3 CPN tem aproximadamente 2 vezes maior chance de não comparecer a CPP (OR=1,893; 95%IC=1,410-2,541) em comparação com as que utilizaram 4 ou mais CPN, isto é, quanto menor o número de CPN realizadas maior a probabilidade de não comparecer a CPP.

Com relação à distância para alcançar a unidade de saúde, as mulheres que afirmaram que percorriam até 30 minutos de distância apresentavam menor chance de não realizar CPP em comparação com as mulheres que percorriam distâncias superiores a 30 minutos (OR=0,555; 95%IC=0,380-0,809) sendo a associação significativa. As mulheres que referiram ter dado à luz na unidade de saúde têm menor chance de não comparecer a CPP (OR=0,189; 95%IC=0,138-0,258) em comparação com as mulheres que deram à luz fora da unidade de saúde (US).

Analisando a exposição a mídia, um veículo para difusão de mensagens de promoção de saúde, nota-se que as mulheres com acesso e que utilizam a mídia tem menor chance de não comparecer a CPP (OR=0,515; 95%IC=0,366-0,726) em comparação as mulheres sem acesso/utilização dos mídia.

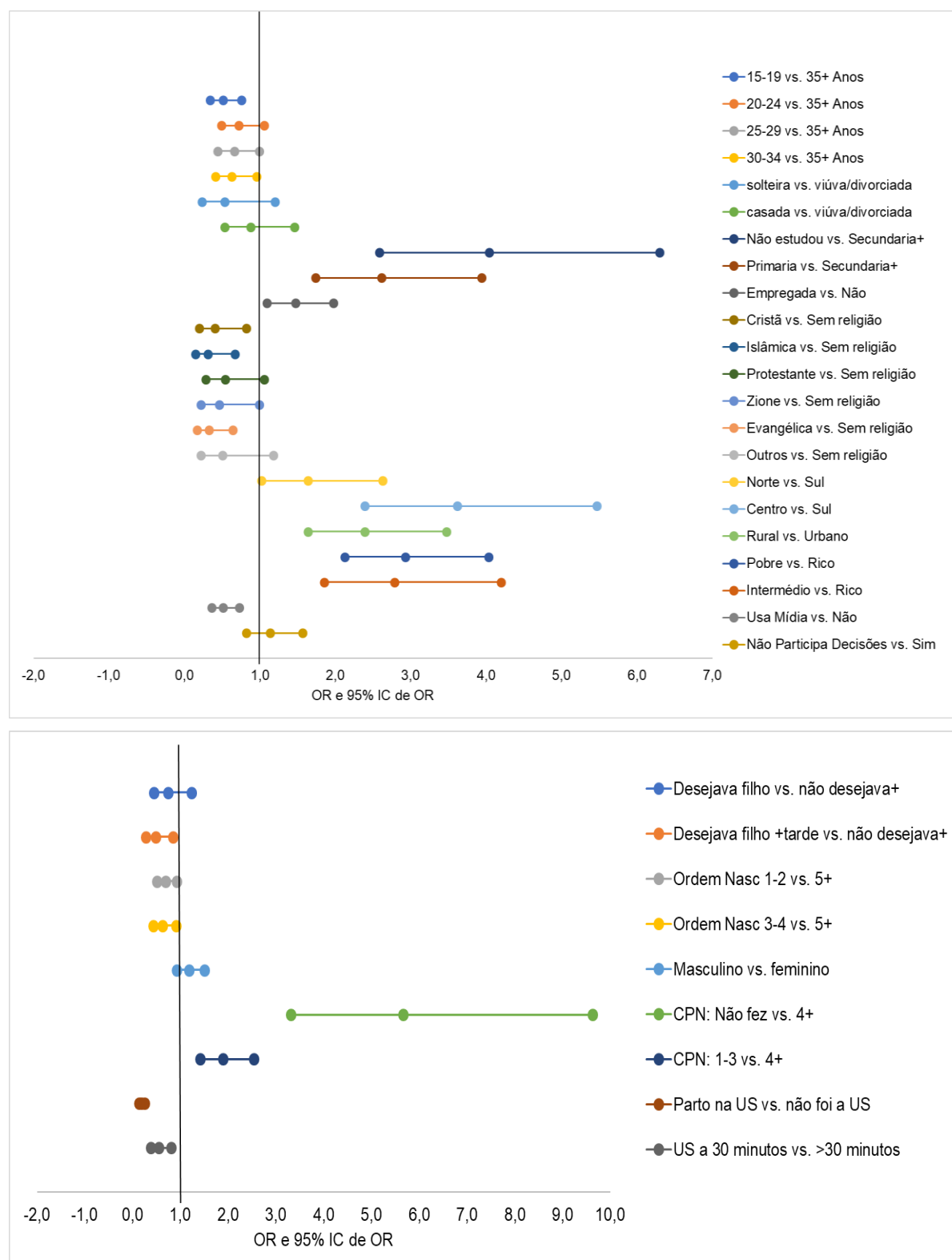
Tabela 2 - Análise de associação bivariável

| Não Utilizacão da Consulta Pós-natal        |  | 95% IC OR |       |        |        |
|---|--|-----------|-------|--------|--------|
|   |  | <i>p</i>  | OR    | Mínimo | Máximo |
| Idade                                       | 15-19 vs. 35+                                | 0.001     | 0.510 | 0.344  | 0.755  |
|   | 20-24 vs. 35+                                | 0.096     | 0.723 | 0.493  | 1.059  |
|   | 25-29 vs. 35+                                | 0.048     | 0.661 | 0.438  | 0.996  |
|   | 30-34 vs. 35+                                | 0.031     | 0.628 | 0.412  | 0.957  |
| Desejava a Gravidez quando ficou grávida    | Desejava vs. Não Desejava+                   | 0.255     | 0.747 | 0.452  | 1.235  |
|   | Later vs. No more                            | 0.011     | 0.486 | 0.280  | 0.844  |
| Estado Marital                              | Nunca esteve casada vs. Anteriormente Casada | 0.129     | 0.532 | 0.235  | 1.204  |
|   | Actualmente Casada vs. Anteriormente Casada  | 0.617     | 0.880 | 0.532  | 1.456  |
| Emprego da Mãe                              | Sim vs. Não                                  | 0.011     | 1.471 | 1.095  | 1.976  |
| Religião                                    | Cristã vs. Sem religião                      | 0.012     | 0.406 | 0.201  | 0.822  |
|   | Islâmica vs. Sem religião                    | 0.003     | 0.315 | 0.148  | 0.670  |
|   | Protestante vs. Sem religião                 | 0.073     | 0.545 | 0.280  | 1.059  |
|   | Zione vs. Sem religião                       | 0.048     | 0.465 | 0.218  | 0.993  |
|   | Evangélica vs. Sem religião                  | 0.001     | 0.326 | 0.166  | 0.640  |
|   | Outros vs. Sem religião                      | 0.114     | 0.505 | 0.216  | 1.179  |
| Região de Residência                        | Norte vs. Sul                                | 0.039     | 1.641 | 1.025  | 2.626  |
|   | Centro vs. Sul                               | 0.000     | 3.615 | 2.390  | 5.467  |
| Índice de Riqueza                           | Pobre vs. Rico                               | 0.000     | 2.928 | 2.127  | 4.030  |
|   | Intermédio vs. Rico                          | 0.000     | 2.789 | 1.854  | 4.197  |
| Zona de Residência                          | Rural vs. Urbano                             | 0.000     | 2.389 | 1.642  | 3.477  |
| Ordem de nascimento                         | 1-2 vs. 5+                                   | 0.014     | 0.691 | 0.514  | 0.929  |
|   | 3-4 vs. 5+                                   | 0.015     | 0.630 | 0.434  | 0.915  |
| Sexo da Criança                             | Masculino vs. Feminino                       | 0.178     | 1.182 | 0.926  | 1.508  |
| Consultas Pré-natais                        | CPN: Não fez vs. 4+                          | 0.000     | 5.659 | 3.326  | 9.630  |
|   | CPN: 1-3 vs. 4+                              | 0.000     | 1.893 | 1.410  | 2.541  |
| Distância até US                            | 30 minutos vs. >30 minutos                   | 0.002     | 0.555 | 0.380  | 0.809  |
| Parto na Unidade de Saúde                   | foi na US vs. não foi na US                  | 0.000     | 0.189 | 0.138  | 0.258  |
| Utilização Mídia                            | Sim vs. Não                                  | 0.000     | 0.515 | 0.366  | 0.726  |
| Participação da mãe nas decisões domésticas | Não vs. Sim                                  | 0.438     | 1.135 | 0.823  | 1.565  |
| Nível de Escolaridade da Mãe                | Não estudou vs. Secundário+                  | 0.000     | 4.039 | 2.589  | 6.303  |
|   | Primário vs. Secundário+                     | 0.000     | 2.617 | 1.740  | 3.938  |

valores corrigidos para amostragem complexa



Figura 3 - Factores de não utilização da consulta pós-natal (análise não ajustada).



análise corrigida para amostragem complexa

### **3. Modelo de regressão logística múltipla**

A não utilização de serviços de consultas pós-natais é associada a quatro factores na análise com ajustamento para covariáveis, nomeadamente: a região, se desejava a gravidez, comparência a consultas pré-natais e o local do parto. As mulheres da região “centro” em comparação com a região “sul” tem 1,8 vezes mais chances de não comparecer a consulta pós-natal (aOR=1,759; 95%IC=1,088-2,846); as mulheres da região “Norte” tem 1,4 vezes mais chances de não comparecer a consulta (aOR=1,411; 95%IC=0,687-2,897) comparando com a região “Sul”, embora esta associação não seja significativamente diferente de zero.

As mulheres que desejavam ter o filho na altura em que ficaram grávidas tem menor chance de não comparecer a CPP (aOR=0,546; 95%IC=0,286-1,040), apesar da associação não se ser significativa; porém as que desejavam ter o filho mais tarde em comparação com as que não desejavam a gravidez tem menor chance de não comparecer a CPP (aOR=0,433; 95%IC=0,217-0,864) sendo a associação significativa.

As mulheres que não utilizaram nenhuma CPN bem como para as que utilizaram até 3 consultas, quando se compara com as com 4 ou mais CPN, tem respectivamente 2 vezes maior chances de faltar a CPP (aOR=2,052; 95%IC=1,029-4,092) e 1,6 vezes maior chance de faltar a CPP (aOR=1,642; 95%IC=1,152-2,339). Por seu lado, as mulheres que deram à luz numa unidade de saúde têm menor chance de não comparecer a CPP (aOR=0,284; 95%IC=0,193-0,416) comparando com as que deram à luz fora de uma unidade de saúde.

A idade, escolaridade, religião, índice de riqueza/posses, ordem de nascimento dos filhos, distância para a US, exposição aos média, variáveis que na regressão univariável mostraram-se associadas com a não utilização das CPP, não se mostram estatisticamente significativas na análise ajustada para covariáveis. Entretanto, interessa descreve-las pois eventualmente tenham interesse programático ou para políticas de saúde mesmo que a associação estatística não seja significativa.

Tomando como referência as idades relativamente mais adultas (35 ou mais anos), a razão de chance de mães na faixa etária de 15-19 não comparecerem a CPP foi de 1,1 vezes (aOR=1,069; 95%IC=0,430-2,656); as mães na faixa etária dos 20-24 têm 1,2 vezes maior chance (aOR=1,219; 95%IC=0,558-2,666); para as mães na faixa etária de 25-29 a razão de chance de não comparecerem a CPP é menor (aOR=0,965; 95%IC=0,512-1,816); e para as mães na faixa etária de 30-34 a razão de chance de não comparecerem a CPP foi também menor (aOR=0,756; 95%IC=0,434-1,317);

O nível de escolaridade das mães não se manteve associada com a não comparência a CPP, mas verificou-se que as mulheres que não estudaram tem 1,6 vezes maior chance de não comparecerem a CPP (aOR=1,558; 95%IC=0,879-2,761) e as que estudaram até o ensino primário têm 1,4 vezes maior chance de não comparecer a CPP (aOR=1,353; 95%IC=0,833-2,196) comparando com as que estudaram no ensino secundário ou maior nível educacional. Os filhos de mulheres não empregadas apresentaram uma razão de chance menor (aOR=0,740; 95%IC=0,496-1,104) de faltar a CPP quando comparadas com as empregadas.

As mulheres cristãs tem menor chance de não comparecer a consulta (aOR=0,563; 95%IC=0,220-1,440) comparando com as sem religião, e também tem uma razão de chance menor de não comparecer a CPP quando comparadas as sem religião, as islâmica (aOR=0,434; 95%IC=0,155-1,214), as protestantes (aOR=0,798; 95%IC=0,366-1,744); as zionistas (aOR=0,575; 95%IC=0,251-1,316), as evangélicas (aOR=0,579; 95%IC=0,271-1,238), e mulheres de outras religiões (aOR=0,471; 95%IC=0,161-1,379).

No que se refere ao “índice de riqueza/posse de bens” as mães na classe relativamente mais baixa (“relativamente mais pobres”) tem uma razão de chance menor de não comparecer a CPP (aOR=0,981; 95%IC=0,603-1,596) quando comparadas as mães no mais alto índice de posses (“relativamente mais ricas”); as mães na classe intermédia tem 1,3 maior chance de não comparecer a CPP (aOR=1,258; 95%IC=0,743-2,131) quando comparadas as mães de maior posse. As mães que não tem acesso e não utilizam os meios de comunicação (televisão e rádio) tem 1,2 vezes maior chance de não comparecer a CPP (aOR=1,182; 95%IC=0,754-1,854) quando comparadas as mães que usam os média.

As mães que residiam em zonas rurais têm menor chance de não comparecer a CPP (aOR=0,918; 95%IC=0,574-1,470) quando comparadas as mães das zonas urbanas. Com relação a “distância” para a US, as mulheres que residem a uma distância de até 30 minutos da US tem menor chance de faltar a CPP (aOR=0,897; 95%IC=0,589-1,365) quando comparadas as mulheres que residem a distância superior a 30 da US.

Analisando a ordem de nascimento do filho, para o 1<sup>o</sup> ou 2<sup>o</sup> filho é menor a razão de chance de não comparecer a CPP (aOR=0,808; 95%IC=0,385-1,696) quando comparado com 5<sup>o</sup> ou maior ordem de nascimento; e para as mães que falavam do 3-4 filho, a razão de chance de faltar a CPP é menor (aOR=0,934; 95%IC=0,517-1,690) quando comparadas 5<sup>o</sup> ou maior ordem do filho.

Apesar da variável “participação nas decisões domésticas” não se ter mostrado associada a utilização da CPP na análise bivariada, foi incluída no modelo de regressão múltipla pois é a que caracteriza ou espelha se a mulher tem ou não poder de decisão no seio familiar, um determinante de utilização dos serviços de saúde. Esta poderia ser um factor determinante na decisão do uso ou não da CPP, e foi por isso incluída nesta regressão logística múltipla; os resultados confirmaram a não associação, ou seja, mulheres que não participam nas decisões domésticas tem igual chance de não comparecer CPP (aOR=1,079; 95%IC=0,741-1,572) quando comparadas as mulheres que participam nas decisões domésticas.

*Tabela 3 - Modelo de regressão logística múltipla*

| Não utilização da consulta pós-natal        |                                   | <i>p</i> | aOR   | 95% IC aOR |        |
|---|-----------------------------------|----------|-------|------------|--------|
|   |                                   |          |       | Minimo     | Maximo |
| Idade                                       | 15-19 vs. 35+                     | 0.885    | 1.069 | 0.430      | 2.656  |
|   | 20-24 vs. 35+                     | 0.618    | 1.219 | 0.558      | 2.666  |
|   | 25-29 vs. 35+                     | 0.911    | 0.965 | 0.512      | 1.816  |
|   | 30-34 vs. 35+                     | 0.322    | 0.756 | 0.434      | 1.317  |
| Desejava a Gravidez quando ficou grávida    | Desejava vs. Não Desejava+        | 0.066    | 0.546 | 0.286      | 1.040  |
|   | Desejava +Tarde vs. Não Desejava+ | 0.018    | 0.433 | 0.217      | 0.864  |
| Nível de Escolaridade                       | Não estudou vs. Secundaria+       | 0.128    | 1.558 | 0.879      | 2.761  |
|   | Primaria vs. Secundaria+          | 0.221    | 1.353 | 0.833      | 2.196  |
| Emprego da Mãe                              | Não vs. Sim                       | 0.140    | 0.740 | 0.496      | 1.104  |
| Religião                                    | Cristã vs. Sem religião           | 0.229    | 0.563 | 0.220      | 1.440  |
|   | Islâmica vs. Sem religião         | 0.111    | 0.434 | 0.155      | 1.214  |
|   | Protestante vs. Sem religião      | 0.571    | 0.798 | 0.366      | 1.744  |
|   | Zione vs. Sem religião            | 0.189    | 0.575 | 0.251      | 1.316  |
|   | Evangélica vs. Sem religião       | 0.158    | 0.579 | 0.271      | 1.238  |
|   | Outros vs. Sem religião           | 0.169    | 0.471 | 0.161      | 1.379  |
| Região de Residência                        | Norte vs. Sul                     | 0.347    | 1.411 | 0.687      | 2.897  |
|   | Centro vs. Sul                    | 0.021    | 1.759 | 1.088      | 2.846  |
| Índice de Riqueza                           | Pobre vs. Rico                    | 0.938    | 0.981 | 0.603      | 1.596  |
|   | Intermédio vs. Rico               | 0.392    | 1.258 | 0.743      | 2.131  |
| Zona de Residência                          | Rural vs. Urbano                  | 0.721    | 0.918 | 0.574      | 1.470  |
| Ordem de nascimento                         | 1-2 vs. 5+                        | 0.571    | 0.808 | 0.385      | 1.696  |
|   | 3-4 vs. 5+                        | 0.822    | 0.934 | 0.517      | 1.690  |
| Consultas Pré-natais                        | Não fez CPN vs. 4+                | 0.041    | 2.052 | 1.029      | 4.092  |
|   | 1-3 vs. 4+                        | 0.006    | 1.642 | 1.152      | 2.339  |
| Distância até a Unidade de Saúde            | <30 minutos vs. >30 minutos       | 0.610    | 0.897 | 0.589      | 1.365  |
| Parto na Unidade de Saúde                   | Na US vs. Fora da US              | 0.000    | 0.284 | 0.193      | 0.416  |
| Utilização dos Mídias                       | Não vs. Sim                       | 0.465    | 1.182 | 0.754      | 1.854  |
| Participação da mãe nas decisões domésticas | Não vs. Sim                       | 0.692    | 1.079 | 0.741      | 1.572  |

*Valores ajustados para amostragem complexa*

#### **IV. DISCUSSÃO**

O presente estudo buscou identificar os factores associados com a não utilização das consultas pós-natais por crianças lactantes no período entre o parto até aos 2 meses de idade. Esta componente dos cuidados de saúde perinatal é crítica na estratégia para alcance de melhores resultados nos esforços para redução da mortalidade neonatal nos países de baixa renda (4,5). Mas ainda há limitadas análises, de Moçambique e de outros países de baixa renda em geral, que possam servir para orientar o acompanhamento e definição de estratégias de melhoria dos cuidados de saúde oferecidos e prestados no período pós-natal.

A identificação dos factores que determinam a utilização ou não das CPP é de extrema importância para a definição das políticas e de possíveis intervenções em saúde pública. Sendo assim, a repetição de avaliações similares para um determinado país e entre os países, é necessário e oportuno, e enquadra-se bem na matriz de acompanhamento de objectivos globais como sejam os de desenvolvimento sustentável 3 (sobre melhor saúde materno-infantil) (59). Estas análises devem considerar o contexto para melhoria dos indicadores de utilização, acesso e qualidade das CPP, e Moçambique carece de estudos similares.

A região de residência, o desejo de gravidez, uso de CPN pela mãe, e o local do parto são factores com associação estatisticamente significativa, assim, estão fortemente associados à não utilização dos serviços de CPP; estas associações já haviam sido confirmadas por estudos similares no contexto africano (56). No nosso melhor conhecimento, são raros estudos do contexto da África subsaariana, onde Moçambique se insere. As associações foram também verificadas em países de baixa renda da Ásia (21).

Por outro lado, a idade, escolaridade, emprego, religião, zona de residência (rural ou urbana), tipo de residência, índice económico, sobejamente conhecidos como parte dos determinantes de saúde (20,56), a ordem de nascimento da criança, e outros possíveis determinantes de utilização de saúde como a distância para a US, utilização dos média pela mãe, e a participação da mãe nas decisões, não se mostraram factores estatisticamente significativos para a não utilização dos serviços de CPP. Resultados similares são os notados por Moha, et al (17). Em contraste, alguns estudos realizados na Nigéria (em 2009 e 2013), indicaram algumas dessas variáveis, especialmente a escolaridade, nível socioeconómico e o tipo de residência como factores significativamente associados com a utilização de consulta pós-natal (22,23). As variáveis acima listadas e testadas através dos modelos deste estudo são os melhores e consolidados indicadores socio-comportamentais sobre utilização dos serviços de saúde (16),

seguidos por vários estudos similares (15,16,19–22,24,25,25–27) de forma implícita ou explícita.

Nota-se nos resultados que, embora não haja associação significativamente diferente de zero entre a idade das mães e faltar a CPP, as mulheres mais jovens (faixa etárias dos 15 aos 24 anos) tem maior chance de faltar a consulta pós-natal quando comparadas as mulheres mais velhas (faixa etárias dos 25 até aos 49 anos); estes resultados são similares aos de um estudo realizado no Paquistão (24) e pode ser que, na raiz deste achado, as mulheres jovens estejam menos expostas aos serviços de saúde ou tiveram menor interação com os serviços de saúde, pese embora os contextos dos dois estudos sejam diferentes.

Nos modelos sociais de análises em saúde, o sexo é uma variável muitas vezes considerada. Neste estudo o sexo da criança pode estar associado a maior ou menor valor percebido pela sociedade em relação a pessoa, e por essa via os comportamentos de protecção da saúde podem variar. Neste estudo mostrou que em Moçambique o sexo da criança não é factor associado a utilização de serviços de saúde, aqui ilustrado pela CPP.

Surpreendentemente este estudo mostra que a condição económica do agregado familiar não está significativamente associado à utilização da CPP. Um estudo realizado Titaley et al (28) na Indonésia, bem como alguns outros realizados no contexto africano (22,24,29,56,60,60) contrariam os resultados do nosso estudo, nos quais o nível económico das famílias emerge como um forte predictor de utilização de serviços e CPP. Esses estudos geralmente apontam que as mulheres com nível económico mais baixos tem maior chance de faltar as CPP (27,29,56); fora do contexto africano, um estudo realizado na Indonésia e Nepal indicaram como forte predictor da utilização da CPP o nível económico mais altos (16,21); já num estudo realizado na Nigéria implicou também o nível económico entre os predictores, e a hipótese do mecanismo foi que famílias pobres podem não ter recursos para despesas relacionadas a saúde da família, dada altas necessidades básicas do dia a dia (56). No entanto, no nosso estudo usou-se uma variável de aproximação construída por via de bens em posse, num contexto de uma generalizada alta prevalência de pobreza, por isso, medindo-se o mais rico, intermédio e pobre entre o universo de “quase todos pobres”, é razoável prever que não se verifique associação de poder económico com a utilização da CPP por alta prevalência de pobreza extrema. Com efeito, os altos níveis da generalizada pobreza são indicados, a exemplo, pelas baixas proporções de mulheres com acesso a combustível melhorado para cozinhar (a real proporção com acesso a combustível melhorado a 95% IC é de 1,2-2,3%) e fraco acesso a água potável (real proporção

com acesso a 95% IC 30,5-34,4%). Pelo facto da pobreza ser altamente prevalente, o acesso e utilização dos média não estaria também associada a utilização de CPP dado que a televisão e rádio são bens de posse relacionados a capacidade económica real. Por outro lado, veiculação de mensagens televisivas e radiofónicas em Português num contexto de mulheres com baixo nível de educação explica a não associação de acesso ou não aos média com faltar a CPP; de facto, a real proporção de mulheres com educação secundária, a 95% de confiança, está no intervalo de 15,4-18,6%.

O nível de escolaridade das mães não se mostrou associada com a não utilização de CPP neste estudo. Entretanto, analisando a razão de chance de comparências a CPP, quando maior é o nível de escolaridade maiores são as chances destas mães utilizarem as CPP. Qual o mecanismo para o nível educacional determinar a utilização dos serviços de saúde? Apesar de não se ter mostrado com associação estatisticamente significativa no nosso modelo, a educação é tida como um determinante da utilização de CPP, como mostrou um estudo realizado na Nigéria (56), sendo o mecanismo possível o facto das mais educadas entenderem a importância da utilização dos cuidados pós-natal e serem mais predispostas a saber onde obtê-lo quando comparadas as mulheres com menor nível educacional. Esse achado está de acordo com outros estudos que mostram que quanto maior é o nível educacional maior são as chances de utilização de CPP (17,20,22,24,29,30,56,61). A nossa hipótese é que as mulheres escolarizadas entenderiam também a importância de utilização dos serviços de saúde ao mesmo tempo que têm maior autonomia para tomada de decisões sobre a sua vida e da sua família.

As regiões podem ter demografia, cultura, comportamentos, acesso e distribuição de serviços de saúde diferenciados. Moçambique herdou e ainda mantém desequilíbrios de distribuição dos serviços de saúde ao longo do extenso país, estando esses concentrados nas zonas mais urbanizadas (1). Além disso, o número da população e densidades das mesmas são maiores em algumas das províncias da zona centro e norte do país (14,62). É possível que estas variáveis contextuais sejam as subjacentes na associação verificada entre a região de residência e utilização da CPP. Por outro lado, há uma priorização intencional das políticas de saúde para os cuidados de saúde primário em que se busca ao longo dos anos fortalecer a provisão destes as populações rurais sob pretexto de existirem iniquidades de acesso físico as unidades de saúde a favor das zonas urbanas(1). O exemplo da operacionalização de tal política é o programa de saúde comunitária, que tem o foco nas principais endemias, na saúde materna e nas zonas rurais, que vem sendo implementado desde 2010 (4,63).

Os achados permitiram-nos verificar que as mulheres vivendo distante das US tem maior chance faltar as CPP, dado que geralmente essas são das zonas de difícil acesso às unidades de saúde, pese embora não se verificou associação estatisticamente significativa com a zona de residência urbana ou rural no modelo ajustado. Um estudo realizado na Etiópia corrobora os resultados do nosso estudo pois os seus achados mostraram que as mulheres que levam de 0-2h para chegar a uma unidade de saúde tinham 2.21 vezes mais chance de utilizar os serviços em comparação com os que levavam mais de 2 horas (25). Em relação a zona de residência o estudo mostrou que as mães que residem em zonas rurais tem maior chance de comparecer a CPP comparando-as com as mães das zonas urbanas; são vários os estudos realizados na África e na Ásia (7,8,14,20) que contrariam os nossos achados, mostrando que as mães com recém-nascidos em zonas rurais tem menor chance de comparecer a CPP quando comparadas as mães das zonas urbanas.

Estudos como o realizado na Indonésia mostrou associação significativa entre a participação nas decisões domésticas e económicas da família com a utilização de CPP, onde verificou-se que as mulheres que participam das decisões têm maior chance de usar serviços de saúde quando comparadas com as que não tem poder de decisão (25). Tivemos a hipótese de que a participação das mulheres nas decisões domésticas pudesse ser um determinante para a utilização da CPP. A proporção de mulheres que participam nas decisões domésticas foi de 56% nesta amostra, e consideramos ainda muito baixa. Nas análises, não se confirmou associação entre a participação da mulher nas decisões domésticas com a não utilização da CPP; pode ser que haja necessidade de um indicador mais preciso para medir o empoderamento da mulher, embora construir-se uma tal medição seja mais complexa e matéria para inovações em estatística. Mesmo quando a mulher participa nas decisões domésticas, no caso de Moçambique, ela poderá estar ainda em um contexto de múltiplas outras barreiras sociais que anulam o efeito positivo da sua participação nas decisões, que lhe levariam a não faltar a CPP.

Pode-se argumentar que uma gravidez desejada se associa a um maior dedicação e responsabilidade da mãe no que toca a garantia e busca da saúde do bebê. Neste sentido, ao se testar a associação de ter tido uma gravidez desejada com a utilização da CPP se confirma a hipótese, dado que neste estudo as mulheres que desejavam a gravidez, mesmo que mais tarde, tinham uma menor razão de chance ( $aOR=0,433$ ;  $95\%IC=0,217-0,864$ ) de faltar a CPP, como mostrado também noutro estudo (56).

Na nossa análise bivariável a ordem de nascimento do filho sobre o qual a mulher foi inquerida teve associação estatisticamente significativa com a não utilização de CPP (primeiros filhos



OR=0,69), contudo, a significância estatística não se manteve na análise ajustada para outras covariáveis. O mecanismo que possa explicar a associação do desejo ou não da gravidez com a utilização da CPP seria que, os primeiros filhos da mulher podem merecer maior dedicação e responsabilidade da mesma, que se traduza na maior utilização dos serviços de saúde de forma preventiva, o que explicaria a menor chance de faltar a CPP. A outra hipótese, claro, a se comprovar por estudos futuros, teria a ver com a correlação de idades de mães dado que em 2015 quanto maior fosse a ordem do nascimento a mãe teria maior idade e estas normalmente se sentem mais capazes de cuidar das suas crianças sem necessariamente recorrer a CPP. Alguns estudos realizados corroboram os nossos achados mostrando maior chance de não comparecer as consultas quanto maior for o número de filhos (24,56).

Os resultados do estudo mostraram associações significativas entre utilização das consultas pré-natais e utilizar serviços de CPP, onde as mulheres com menor número de CPN realizadas menos comparecem aos serviços de CPP; os resultados apresentados alinham-se com vários estudos realizados em países de baixa renda (17,21,22,25,27,29–31,56,60,61) que mostram a mesma associação. Um possível mecanismo subjacente à esta associação pode ser que, quanto maior a exposição as CPN, maior a oportunidade de receber palestras ou sensibilização e informações sobre a gravidez, saúde da mulher, cuidados a ter com o bebê e a importância de adoção de medidas preventivas pelas mães. Assim, quanto maior é a exposição, maior ou melhor é a absorção de mensagens favoráveis a saúde, e a adesão e retenção do par mãe-bebê nos serviços de saúde. Estes mecanismos facilitariam o entendimento da importância e motivação para a realização do parto na US e a comparência nas CPP (17,18,20,21,25,27,31–34,43,45).

Similarmente a utilização de CPN, a associação significativa entre o local parto e a utilização CPP seguiu o mesmo racional de mecanismos. As crianças nascidas em US teriam maior exposição e sensibilização das suas mães com relação aos padrões e importância dos cuidados de saúde pós-natais. Esse achado está alinhado com vários (21,26,28–31,33,35,57) estudos que indicam que as crianças nascidas fora de uma US tinham uma probabilidade significativamente menor de utilizar os serviços de cuidados pós-natais (20,25). Nossos resultados podem ser provavelmente porque as mães que dão à luz na US podem se sentir seguras, confiantes e satisfeitas sobre sua saúde e a saúde de seus recém-nascidos, e com os serviços recebidos; teriam também a oportunidade de maior exposição a instruções e recomendações sobre utilização de serviços de saúde durante o internamento. No entanto, pode-se contrariamente pensar que aquelas que dão a luz fora da US não tem o atendimento durante o período antecedente ao parto

e daí sentem a necessidade de comparecer a CPP para verificação e seguimento da sua e da saúde do bebê, daí podendo ter maior chance de utilizar serviços de CPP.

### **Limitações do estudo**

Uma possível limitação ao estudo é viés de memória das respondentes; este é um estudo de corte transversal que colheu respostas de mães sobre eventos passados, daí o risco de ocorrer viés de memória, mas cremos que seja desprezível dado o tipo de estudo, a metodologia e a experiência histórica dos inquéritos demográficos e de saúde, que emprega alta competência e experiência em minimizar-se este viés. No caso de Moçambique, um requisito é que os envolvidos na pesquisa falassem fluentemente a língua local, e um outro aspecto é que os eventos do peri-parto são marcantes e difíceis de esquecer; para minimizar ainda mais o viés de memória, o presente estudo limitou a amostra a mães de crianças de até 2 anos de idade para poder garantir que as mães se recordem dos aspectos relacionados a gravidez, parto e pós-parto.

Outra limitação possível é o facto de, na base de dados não se encontrar variáveis que meçam directamente o tempo de espera e permanência na unidade sanitária, a duração da consulta, os parâmetros/procedimentos clínicos na consulta pós-natal, nem indicadores de complicações ocorridas no parto. No entanto foi possível analisar a variável distância até 30 minutos ou mais de 30 minutos, mas esta não é muito clara quanto ao tipo de transporte usado para chegar à unidade sanitária (30 minutos de distância a pé é diferente de 30 minutos de distância de moto ou de carro).

A variável dependente do estudo foi “consulta até os 2 meses de idade” e apesar desta incluir todos os períodos da consulta pós-natal recomendados pela OMS e MISAU (1,3) seria importante que se pudesse ter a proporção de crianças que realizaram consulta pós-natal entre 21 a 28 dias de vida e se correlacionar com outras variáveis explicativas. Esta será uma abordagem para estudos consecutivos. A nossa opção de limitar a amostra aos casos de mães com crianças de idade até aos 2 anos pode ter introduzido um viés de seleção, isto é, redução da probabilidade se de verificar associação entre as variáveis socioeconômicas com a não utilização da CPP. Apesar deste risco, é uma opção crítica limitar-se a ocorrência de viés de memória das mães, facto que é relevante para se estudar eventos passados (comparência a CPP) por via de inquérito por questionário.

Visto os resultados do estudo e as possíveis limitações menores, quais então são as implicações dos achados para a política de saúde de Moçambique e de países similares de baixa renda? É preocupante que mais de 60% das mulheres grávidas tenha realizado mais de 4 consultas pré-natais, 70% tenha tido os seus bebês em uma unidade de saúde e 79% tenha realizado a consulta pós-parto, e mesmo assim Moçambique esteja no rank dos países com maiores taxas de mortalidade materno-infantis. Apesar de ser uma grande conquista que o par mãe-bebê esteja a usar os serviços de saúde materno-infantil, há que perceber mais a fundo os factores de elevadas taxas de mortalidade, sendo a falta da qualidade dos serviços um dos potenciais determinantes. Há ainda a necessidade perceber mais a fundo os factores associados aos que não estejam a utilizar os serviços de saúde, e continuar a monitorar ao longo dos anos quais seriam as melhores projecções no que concerne à saúde da mãe e do bebê. Estudos como o actual, focado nos que não utilizam os serviços de saúde, devem ser replicados para que existam mais evidências sobre os determinantes de utilização dos serviços de saúde. Este estudo identificado determinantes específicos para Moçambique e que poderão ser de mais valia na avaliação PESS 2014-2019 e para definição de políticas e estratégias para o novo PESS.

Os factores de não utilização das CPP identificados implicam que o engajamento dos outros sectores do governo, para além do Ministério da Saúde, é pertinente e indispensável para a melhoria dos indicadores de saúde. Os resultados em todo o seu conjunto (análise descritiva e de associação) demonstram que os determinantes mais importantes são os sociais, a escolaridade, emprego e idade da mães; supomos que estes são os mesmos que determinam as altas taxas de mortalidade neonatais verificadas no país; ao se envolver outros sectores e tendo esforços multisetoriais poder-se-á melhorar efectivamente a saúde materno infantil e por vias de estratégias conjuntas intersectoriais trazer benefícios e melhor qualidade de vida e de assistência a população Moçambicana.

## **V. CONCLUSÕES**

Os resultados deste estudo recomendam que as políticas de saúde actualmente vigentes, mais voltadas a consulta pré-natal e ao parto, incluam no seu plano também a priorização de estratégias para melhoria da utilização dos cuidados pós-natais. As políticas em vigor não têm em conta as diversidades culturais, sociais, regionais do país, e há que pensar em políticas que sejam adaptadas tendo em conta o contexto.

O referencial de CPP em Moçambique é de 90% de cobertura (1). A percentagem de mulheres que faltam a CPP de acordo com o nosso estudo (21%) não é desprezível, e o esforço necessário para se reduzir os 10% de faltosos a CPP, para se atingir a meta do referencial, pode ser maior do que o esforço que foi feito para atingir 79% de cobertura de CPP, daí que há necessidade de maiores investimentos ao invés de um relaxamento.

Os resultados também sugerem que uma boa interação e “qualidade” do serviço oferecido previamente (CPN e Parto institucional), o desejo de ter tido o bebê e região de residência determinam que mulheres e seus bebês não falem a CPP. A diferença de utilização de CPP por região pode estar ligada a diferenças de implementação de uma política nacional de saúde, que se criou homogênea para todo país, mas há que incorporar nas políticas a heterogeneidade do país.

A necessidade de recorrer a serviços maternos a uma distância razoável das famílias dentro das comunidades também é crucial. Tudo isso pode ser alcançado por meio de programas de alcance comunitário que ofereçam informações e serviços de saúde reprodutiva e atendam a uma ampla gama de necessidades, incluindo habilidades para a vida, educação, actividades de subsistência, melhoria do estado económico, muitas dessas sendo tarefas multisectoriais.

## VI. REFERÊNCIAS

1. Ministry of Health, Republic of Mozambique. Health Sector Strategic Plan PESS 2014-2019. Mozambique: Ministry of Health of Mozambique; 2013 Sep.
2. Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. WHO: Geneva; 2007.
3. World Health Organization, Department of Maternal N Child and Adolescent Health. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn [Internet]. 2013 [cited 2019 Apr 8]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190086/>
4. Ministério da Saúde (MISAU). Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde. Moçambique: Ministerio da Saude(MISAU) e Instituto Nacional de Estatística (INE); 2016 Nov.
5. World Health Organization, UNICEF, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 : estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division [Internet]. 2015 [cited 2019 May 4]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
6. Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), ICF. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA. Instituto Nacional de Saude; 2017.
7. World Health Organization. Postpartum Care of the Mother and Newborn: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1998.
8. Rosa W, editor. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. In: A New Era in Global Health [Internet]. New York, NY: Springer Publishing Company; 2017 [cited 2019 May 4]. Available from: <http://connect.springerpub.com/lookup/doi/10.1891/9780826190123.ap02>
9. Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MISAU), MEASURE DHS+. Moçambique Inquérito de Demográfico e de Saúde 2003. Instituto Nacional de Estatísticas (INE); 2005.
10. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality. Levels & Trends in Child Mortality. 2017.
11. Technical Report, National HIV/AIDS and Reproductive Health Survey. 2005.
12. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates 2004. Geneva: World Health Organization; 2008. 14 p.
13. Ekele BA, Tunau KA. Place of delivery among women who had antenatal care in a teaching hospital. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2007;86. Available from: <https://doi.org/10.1080/00016340601134622>
14. Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), ICF International (ICFI). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Mocambique: Instituto Nacional de Estatística; 2011.
15. Nankwanga A. Factors influencing utilisation of postnatal services in Mulago and Mengo hospitals Kampala, Uganda [PhD Thesis]. University of the Western Cape; 2004.
16. Dhakal S, Chapman GN, Simkhada PP, van Teijlingen ER, Stephens J, Raja AE. Utilisation of postnatal care among rural women in Nepal. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2007 Dec [cited

- 2019 Feb 28;7(1). Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-7-19>
17. Mohan D, Gupta S, LeFevre A, Bazant E, Killewo J, Baqui AH. Determinants of postnatal care use at health facilities in rural Tanzania: multilevel analysis of a household survey. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2015 Oct 30 [cited 2019 Apr 8];15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4628262/>
  18. Kanté AM, Chung CE, Larsen AM, Exavery A, Tani K, Phillips JF. Factors associated with compliance with the recommended frequency of postnatal care services in three rural districts of Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Dec 21;15(1):341.
  19. Mazambani D. Determinants of maternal healthcare utilization in Zimbabwe. *Int J Econ Sci Appl Res*. 2012;2.
  20. Bwalya BB, Mulenga MC, Mulenga JN. Factors associated with postnatal care for newborns in Zambia: analysis of the 2013-14 Zambia demographic and health survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Dec 13;17(1):418.
  21. Khanal V. Factors associated with the utilisation of postnatal care services among the mothers of Nepal: analysis of Nepal Demographic and Health Survey 2011. *BMC Women's Health* [Internet]. 2014;14. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-19>
  22. Babalola S, Fatusi A. Determinants of use of maternal health services in Nigeria - looking beyond individual and household factors. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2009 Dec [cited 2019 Mar 5];9(1). Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-9-43>
  23. Ononokpono DN, Odimegwu CO. Determinants of Maternal Health Care Utilization in Nigeria: a multilevel approach. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2014 Jan 18 [cited 2019 Apr 19];17(Suppl 1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3958146/>
  24. Yunus A, Iqbal S, Munawar R, Zakar R, Mushtaq SK, Sadaf F, et al. Determinants of Postnatal Care Services Utilization in Pakistan- Insights from Pakistan Demographic and Health Survey (PDHS) 2006-07. 2013;9.
  25. Tesfahun F, Worku W, Mazengiye F, Kifle M. Knowledge, Perception and Utilization of Postnatal Care of Mothers in Gondar Zuria District, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Matern Child Health J*. 2014 Dec 1;18(10):2341–51.
  26. Amin R, Shah NM, Becker S. Socioeconomic factors differentiating maternal and child health-seeking behavior in rural Bangladesh: a cross-sectional analysis. *Int J Equity Health*. 2010;9.
  27. Akunga D, Menya D, Kabue M. Determinants of Postnatal Care Use in Kenya. *Afr Popul Stud*. 2014 Oct 21;28(3):1447–59.
  28. Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL. Factors associated with non-utilisation of postnatal care services in Indonesia. *J Epidemiol Community Health*. 2009 Oct 1;63(10):827–31.
  29. Rai RK, Singh PK, Singh L. Utilization of maternal health care services among married adolescent women: insights from the Nigeria Demographic and Health Survey, 2008. *Women's Health Issues* [Internet]. 2012;22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.05.001>
  30. Akibu M, Tsegaye W, Megersa T, Nurgi S. Prevalence and Determinants of Complete Postnatal Care Service Utilization in Northern Shoa, Ethiopia. *J Pregnancy*. 2018;2018:8625437.
  31. De Allegri M, Ridde V, Louis VR, Sarker M, Tiendrebéogo J, Yé M, et al. Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: A case study from rural Burkina Faso. *Health Policy*. 2011 Mar 1;99(3):210–8.

32. Sakeah E, Aborigo R, Sakeah JK, Dalaba M, Kanyomse E, Azongo D, et al. The role of community-based health services in influencing postnatal care visits in the Builsa and the West Mamprusi districts in rural Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Jul 9;18(1):295.
33. Dahiru T, Oche OM. Determinants of antenatal care, institutional delivery and postnatal care services utilization in Nigeria. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 5];21. Available from: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/21/321/full/>
34. Ochako R. Utilization of maternal health services among young women in Kenya: Insights from the Kenya Demographic and Health Survey, 2003. *BMC Preg Childbirth* [Internet]. 2011;11. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-1>
35. Angore BN, Tufa EG, Bisetegen FS. Determinants of postnatal care utilization in urban community among women in Debre Birhan Town, Northern Shewa, Ethiopia. *J Health Popul Nutr*. 2018 Apr 19;37(1):10.
36. Jat TR, Ng N, San Sebastian M. Factors affecting the use of maternal health services in Madhya Pradesh state of India: a multilevel analysis. *Int J Equity Health*. 2011;10(1):59.
37. Sahoo J, Singh SV, Gupta VK, Garg S, Kishore J. Do socio-demographic factors still predict the choice of place of delivery: A cross-sectional study in rural North India. *J Epidemiol Glob Health*. 2015 Dec 1;5(4, Supplement 1):S27–34.
38. Tarekegn SM, Lieberman LS, Giedraitis V. Determinants of maternal health service utilization in Ethiopia: analysis of the 2011 Ethiopian Demographic and Health Survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Dec;14(1):161.
39. Elkhoudri N, Baali A, Amor H. Postnatal Care: Levels and Determinants in Morocco. *Iran J Public Health*. 2017 Feb;46(2):242–8.
40. Singh PK. Factors associated with maternal healthcare services utilization in nine high focus states in India: a multilevel analysis based on 14 385 communities in 292 districts. *Health Policy Plan* [Internet]. 2014;29. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapol/czt039>
41. Singh L, Rai RK, Singh PK. Assessing the utilization of maternal and child health care among married adolescent women: evidence from India. *J Biosoc Sci* [Internet]. 2012;44. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0021932011000472>
42. Ugboaja JO. Barriers to postnatal care and exclusive breastfeeding among urban women in southeastern Nigeria. *Niger Med J* [Internet]. 2013;54. Available from: <https://doi.org/10.4103/0300-1652.108895>
43. Banke-Thomas OE, Banke-Thomas AO, Ameh CA. Factors influencing utilisation of maternal health services by adolescent mothers in Low-and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 16;17(1):65.
44. Belemsaga DY, Kouanda S, Goujon A, Kiendrebeogo JA, Duysburgh E, Degomme O, et al. A review of factors associated with the utilization of healthcare services and strategies for improving postpartum care in Africa. *Afr Focus* [Internet]. 2015 Sep 16 [cited 2019 Apr 16];28(2). Available from: <http://ojs.ugent.be/AF/article/view/4866>
45. Chaka EE, Abdurahman AA, Nedjat S, Majdzadeh R. Utilization and Determinants of Postnatal Care Services in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ethiop J Health Sci*. 2019 Jan;29(1):935–44.
46. Tarekegn SM, Lieberman LS, Giedraitis V. Determinants of maternal health service utilization in Ethiopia: analysis of the 2011 Ethiopian Demographic and Health Survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 May 7;14(1):161.

47. Mukonka PS, Mukwato PK, Kwaleyela CN, Mweemba O, Maimbolwa M. Household factors associated with use of postnatal care services. *Afr J Midwifery Womens Health*. 2018 Oct 2;12(4):189–93.
48. Langlois EV, Miszkurka M, Zunzunegui MV, Ghaffar A, Ziegler D, Karp I. Inequities in postnatal care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2015;93. Available from: <https://doi.org/10.2471/BLT.14.140996>
49. Sahoo J, Singh SV, Gupta VK, Garg S, Kishore J. Do socio-demographic factors still predict the choice of place of delivery: A cross-sectional study in rural North India. *J Epidemiol Glob Health*. 2015 Dec 1;5(4, Supplement 1):S27–34.
50. Magoma M. The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: a cluster randomised trial. *Trop Med Int Health* [Internet]. 2013;18. Available from: <https://doi.org/10.1111/tmi.12069>
51. Victor R, Baines SK, Agho KE, Dibley MJ. Determinants of breastfeeding indicators among children less than 24 months of age in Tanzania: a secondary analysis of the 2010 Tanzania Demographic and Health Survey. *BMJ Open*. 2013;3(1):e001529.
52. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1–10.
53. Nandita Thatte LBC. Evaluation USAID/Mozambique: Family Planning Assessment. Mocambique: United States Agency for Internacional Development (USAID); 2012.
54. Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico 2015 - Moçambique. Maputo: Instituto Nacional de Estatística; 2016.
55. Croft, Trevor N., Aileen M. J. Marshall, Courtney K. Allen, et al. Guide to DHS Statistics. Rockville, Maryland, USA: ICF: United States Agency for International Development (USAID); 2018.
56. Somefun OD, Ibisomi L. Determinants of postnatal care non-utilization among women in Nigeria. *BMC Res Notes*. 2016 Jan 11;9(1):21.
57. Katz MH. *Multivariable Analysis: A Practical Guide for Clinicians and Public Health Researchers*. Cambridge University Press; 2011. 251 p.
58. João Marôco. *Análise Estatística com o SPSS*. 5a ed. Maroco: Pero Pinheiro; 2011.
59. United Nation Development Program. *Sustainable Development Goals*. 2015.
60. Bhatia JC, Cleland J. Determinants of maternal care in a region of south India. *Health Transit Rev*. 1995;5.
61. Addai I. Determinants of use of maternal-child health services in rural Ghana. *J Biosoc Sci*. 2000;32.
62. Instituto Nacional de Estatística. Resultados do Censo 2017. Moçambique: Instituto Nacional de Estatísticas (INE); 2019 Apr.
63. Mozambique: Strengthening the Community Health Worker Supply Chain--Preliminary Report. :48.



## VII. ANEXOS

### Quadro de revisão bibliográfica

*Quadro 1 - Características e principais resultados dos artigos científicos revistos*

| Ano  | Autores   | Título  | Jornal  | país    | Local         | n         | resultado   |
|------|---|---|---|---------|---------------|-----------|---|
| 2019 | Chaka, Eshetu E.; Abdurahman, Ahmed A.; Nedjat, S.; Majdzadeh, R.   | Utilization and Determinants of Postnatal Care Services in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. | Ethiopian journal of health sciences            | Etiópia | Todo país     | 9 artigos | 32% de utilização CPP<br>Determinantes: mulheres com poder de decisão tem maior chance comparando com as que não tem poder de decisão (OR=1.89), ter feito CPN (OR=2.55), ter recebido +2 CPN (1.84); e ter feito o parto com profissional qualificado (OR=3.16), ter dado a luz na US (OR=2.13), ter um rendimento médio, ser rico, ser residente em zona urbana, e conhecer os sinais de perigo da gravidez mostraram-se significativamente associados com a utilização de CPP. |
| 2018 | Mukonka, Priscar Sakala; Mukwato, Patricia Katowa; Kwaleyela, Concepta Namukolo; Mweemba, Oliver; Maimbolwa, Margaret | Household factors associated with use of postnatal care services  | African Journal of Midwifery and Women's Health |         |               | NA        | toda a revisão mostrou que CPP não estão a ser totalmente usadas pelas mulheres no pós-parto e dos determinantes associados o agregado familiar desempenha papel; entretanto foram também encontrados outros factores tais como: a idade da mãe, nível educacional, estado marital, religião e gestação.  |
| 2018 | Akibu, Mohammed; Tsegaye, Wintana; Megersa, Tewodros; Nurgi, Sodere   | Prevalence and Determinants of Complete Postnatal Care Service Utilization in Northern Shoa, Ethiopia.      | Jornal of pregnancy                             | Etiópia | Norte de Shoa | 510       | 28.4% Utilizou CPP<br>Determinantes: local do parto (AOR=5.7), número de filhos (AOR= 2.5), e o nível educacional (AOR=3.2) estão estatisticamente associados com a utilização das CPP. O ser saudável teve a maior (48.8%) razão mencionada para o não cumprimento da CPP.   |

|      |   |  |   |          |  |      |   |
|------|---|--|---|----------|--|------|---|
| 2018 | Sakeah, Evelyn; Aborigo, Raymond; Sakeah, James Kotuah; Dalaba, Maxwell; Kanyomse, Ernest; Azongo, Daniel; Anaseba, Dominic; Oladokun, Samuel; Oduro, Abraham Rexford | The role of community-based health services in influencing postnatal care visits in the Builsa and the West Mamprusi districts in rural Ghana. | BMC pregnancy and childbirth                | Ghana    | Zona Rural dos Distritos de Builsa e oeste de Mamprusi | 650  | 62% utilização CPP<br>Determinantes: As mulheres mais velhas e aquelas que realizaram CPN (AOR: 5,23) e mulheres com nível de ensino secundário (AOR: 3,31) foram associadas a utilização de CPP.   |
| 2018 | Angore, Banchalem Nega; Tufa, Efrata Girma; Bisetegen, Fithamlak Solomon  | Determinants of postnatal care utilization in urban community among women in Debre Birhan Town, Northern Shewa, Ethiopia.                      | Jornal of health, population, and nutrition | Etiópia  | Cidade de Debre Birhan (no Norte)                      |      | 83,3% utilizaram CPP<br>Determinantes: As mães solteiras eram menos propensas a utilizar os serviços de cuidados pós-natais do que as mães que são casadas (AOR= 0,06); o conhecimento sobre CPP é um importante preditor de utilização de CPP (AOR = 0,03) e mães que deram a luz em uma US eram mais propensas a receber CPP do que mães que não deram a luz em uma US de saúde (AOR = 0,65).               |
| 2017 | Bwalya, Bupe B.; Mulenga, Mulenga C.; Mulenga, James N.   | Factors associated with postnatal care for newborns in Zambia: analysis of the   | BMC pregnancy and childbirth                | Zambia   | Todo pais  |      | Determinantes: local do parto, exposição ou acesso à Mídias e realização de 4+ consultas de CPN, ter ensino secundário ou superior foram os determinantes para o parto fora da US. E o local de residência e o acesso ou a exposição à Mídias foram os determinantes da CPP entre os partos das unidades. percebido no nascimento do recém-nascido.   |
| 2017 | Elkhoudri, Noureddine; Baali, Abdellatif; Amor, Hakima  | Postnatal Care: Levels and Determinants in Morocco.  | Iranian journal of public health            | Marrocos | Marrakech  | 1029 | 30,1% utilizaram a CPP<br>Determinantes: Falta de informação (87%), falta de complicações (68,6%); atendimento precário dos profissionais de saúde (42%) e dificuldades financeiras (3,3%) foram os principais motivos para a não utilização de CPP. Além disso, mulheres de origem rural, baixa escolaridade e baixo nível socioeconómico são importantes determinantes associados ao não utilização de CPP. |

|      |   |   |                              |                               |                |            |  |
|------|---|---|------------------------------|-------------------------------|----------------|------------|--|
| 2017 | Banke-Thomas, Oluwasola Eniola; Banke-Thomas, Aduragbemi Oluwabusayo; Ameh, Charles Anawo   | Factors influencing utilisation of maternal health services by adolescent mothers in Low-and middle-income countries: a systematic review | BMC pregnancy and childbirth | Tanzânia                      |                | 14         | quintil de riqueza, exposição na Mídias e residência rural / urbana foram comumente julgados como significativos, a educação da mãe adolescente e seu parceiro foram os fatores significativos mais comuns que influenciaram a utilização dos serviços de SMI; uso de CPN também previa o uso de assistência especializada ao parto e o uso de ambos os usos previstos de cuidados pós-natais. |
| 2015 | Mohan, Diwakar; Gupta, Shivam; LeFevre, Amnesty; Bazant, Eva; Killewo, Japhet; Baqui, Abdullah H                                      | Determinants of postnatal care use at health facilities in rural Tanzânia: multilevel analysis of a household survey                      | BMC Pregnancy and Childbirth | Tanzânia                      | rural Morogoro | 1931       | < 25% utilizou CPP. Determinam utilização CPP: ter educação (OR=1.37); complicação parto (OR=3); acesso a ACS (OR=2.3); Acesso teste HIV (OR=2); acesso a P.F. (OR=2.5); Confiança na US (OR 1.2); baixo nível de utilização de CPP esteve negativamente associado com pré-eclampsia (OR=0.5); utilização de CPN e maternidade para parto (OR=0.5)   |
| 2015 | Langlois, E. V.; Miszkurka, M.; Zunzunegui, M. V.; Ghaffar, A.; Ziegler, D.; Karp, I.   | Inequities in postnatal care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis                                   | Bull World Health Organ      | países de média e baixa renda | NA             | 36 estudos | Determinantes de CPP: quintil de riqueza (mais ricas OR=2,7); zona urbana OR=1.4 e educação.   |
| 2015 | Belemsaga, Danielle Yugbare; Kouanda, Seni; Goujon, Anne; Kiendrebeogo, Joel A.; Duysburgh, Els; Degomme, Olivier; Temmerman, Marleen | A review of factors associated with the utilization of healthcare services and strategies for improving postpartum care in Africa         | Afrika Focus                 | Africa                        |                | 75         | Determinantes de CPP: contexto socioeconómico  |

|      |  |   |  |          |                    |     |   |
|------|--|---|--|----------|--------------------|-----|---|
| 2015 | Sahoo, Jyotiranjan; Singh, Satya Vir; Gupta, Vimal Kishore; Garg, Suneela; Kishore, Jugal                | Do socio-demographic factors still predict the choice of place of delivery: A cross-sectional study in rural North India          | Jornal of Epidemiology and Global Health |          |                    | 300 | 37,7% teve parto em casa. Determinantes: religião, casta, educação da mãe e da família, ocupação do esposo e renda mensal da família.   |
| 2015 | Dahiru, T.; Oche, O. M.  | Determinants of antenatal care, institutional delivery and postnatal care services utilization in Nigeria                         | Pan African Medical Journal              | Nigeria  | Todo pais          |     | 54% utilizou CPN<br>37% utilizou US para o Parto<br>29% utilizou CPP<br>Determinante: nível educacional, local de residência, quintil de riqueza e gestações. CPN forte mente associada ao Parto na US (OR=2,2) e a CPP (OR=4,7).   |
| 2015 | Dahiru, Tukur; Oche, Oche Mansur   | Determinants of antenatal care, institutional delivery and postnatal care services utilization in Nigeria                         | Pan African Medical Journal              | Nigeria  | Todo pais          |     | 54% utilizou CPN<br>37% utilizou Parto na US<br>29% utilizou CPP<br>Determinantes: educação da mãe e do esposo; local de residência; quintil de riqueza e gestações. CPN forte preditor para utilização da US para o parto (OR=2.16) e para a utilização da CPP (OR=4.67); Quem deu a luz na maternidade (OR=2.84) tem maior chance de utilizar a CPP.  |
| 2015 | Kanté, Almamy M.; Chung, Christine E.; Larsen, Anna M.; Exavery, Amon; Tani, Kassimu; Phillips, James F. | Factors associated with compliance with the recommended frequency of postnatal care services in three rural districts of Tanzânia | BMC Pregnancy and Childbirth             | Tanzânia | 3 distritos rurais | 889 | 10.4 % utilizou CPP<br>Determinantes: etnia, desejo de engravidar, realização de CPN, local do parto complicação com o recém-nascidos. assim, as mães que não desejavam a gravidez tinham menor chance de utilizar CPP quando comparadas as mães que desejavam (aRRR = 0.57); os RN doentes tinham maior chance de utilizar a CPP comparando com os RN não doentes (aRRR = 3.52, 95 % CI 2.12–5.86); as mães que realizaram mais CPN tem maior chance de utilizar a CPP quando comparadas as que usaram menos (aRRR = 1.89); as mulheres que tiveram o parto na US tema maior chance quando comparadas as que tiveram fora da US (aRRR = 0.42). o modelo de associação mostrou que apenas a CPN |

|      |  |   |                                  |         |                          |       |   |
|------|--|---|----------------------------------|---------|--------------------------|-------|---|
|      |  |   |                                  |         |                          |       | teve uma associação estatisticamente significativa e positiva para a utilização de CPP.   |
| 2014 | Khanal, Vishnu; Adhikari, Mandira; Karkee, Rajendra; Gavidia, Tania  | Factors associated with the utilisation of postnatal care services among the mothers of Nepal: analysis of Nepal Demographic and Health Survey 2011 | BMC Women's Health               | Nepal   | Todo país                | 4079  | 43% utilizaram CPP. Determinantes de CPP: residência urbana, quintil de riqueza alto, educada, esposo com educação, ter dado à luz na US, fazer 4+ CPN. Trabalhar na agricultura esteve negativamente associado com CPP.  |
| 2014 | Ononokpono, Dorothy Ngozi; Odimegwu, Clifford Obby                   | Determinants of Maternal Health Care Utilization in Nigeria: a multilevel approach  | The Pan African Medical Jornal   | Nigeria | Todo país                | 17542 | Determinantes: região de residência (o residente do Norte em comparação com o Sul tem maior chance de utilizar a US para o Parto), quanto maior o nível educacional maior a chance, e a etnia mostrou-se com associação negativa com utilização da US para o Parto.   |
| 2014 | Tesfahun, Fikirte; Worku, Walelegn; Mazengiyya, Fekadu; Kifle, Manay | Knowledge, Perception and Utilization of Postnatal Care of Mothers in Gondar Zuria District, Ethiopia: A Cross-Sectional Study                      | Maternal and Child Health Jornal | Etiópia | Distrito de Gondar Zuria |       | 66,83% utilizaram CPP. Determinantes: residência urbana (AOR=2,7), menor distância para a US (AOR=2,2), ter realizado CPN (AOR=2,6) e mulheres com poder de decisão (AOR=1,9) maior utilização de CPP.  |
| 2014 | Tarekegn, Shegaw Mulu; Lieberman, Leslie Sue; Giedraitis, Vincentas  | Determinants of maternal health service utilization in Ethiopia: analysis of the 2011 Ethiopian Demographic and Health Survey                       | BMC Pregnancy and Childbirth     | Etiópia | Todo país                |       | 34% CPN, Determinantes: alto nível educacional tem maior chance de utilizar a CPN (AOR = 3.8), O Parto com profissional qualificados (AOR = 3.4) e a CPP (AOR = 3.2); Mulheres das zonas urbanas tem maior chance de usar a CPN (AOR = 2.3), O Parto com profissional qualificados (AOR = 4.9) e os serviços de CPP (AOR = 2.6); as mulheres que fizeram a CPN durante a gestação tem substancialmente mais chances de utilizar os serviços para o parto com profissional qualificado (AOR = 1.3) e os serviços de CPP (AOR = 3.4). A mulher com maior autonomia tem maior chance de utilizar os serviços de CPN, Parto com profissional qualificado e CPP. |
| 2014 | Akunga, Daniel; Menya, Diana; Kabue, Mark                            | Determinants of Postnatal Care Use in Kenya   | African Population Studies       | Kenya   | Todo país                | 3970  | 47% utilizou CPP. Determinantes: idade na altura do parto do último filho, ter realizado 4+ CPN, residência urbana, ter sido atendida por profissional qualificado durante o parto; por outro lado, a   |

|      |  |   |                       |           |                         |      |  |
|------|--|---|-----------------------|-----------|-------------------------|------|--|
|      |  |   |                       |           |                         |      | falta de educação e o parto por profissional não qualificado estão associados a baixa utilização da CPP ( $p < 0.05$ ).  |
| 2014 | Singh, P. K.   | Factors associated with maternal healthcare services utilization in nine high focus states in India: a multilevel analysis based on 14 385 communities in 292 districts | Health Policy Plan    | India     | 9 estados de alto foco  |      | fatores individuais, comunitários e distritais influenciam significativamente a utilização dos serviços de saúde materna.<br>No nível comunitário, as chances de utilização de serviços de saúde materna foram menores nas áreas rurais e nas comunidades com alta concentração de mulheres pobres e analfabetas. Além disso, a cobertura populacional média dos centros de saúde primários (APS), a disponibilidade de força de trabalho na APS e a percentagem de gravidezes registadas foram fatores significativos ao nível distrital que influenciaram a utilização dos serviços de cuidados de maternidade. Há uma forte associação entre a extensão do uso anterior dos cuidados de saúde materna e o seu efeito nos padrões de uso subsequentes. |
| 2013 | Yunus, Asma; Iqbal, Sarosh; Munawar, Riffat; Zakar, Rubeena; Mushtaq, Shahzad Khaver; Sadaf, Fozia; Usman, Ahmad | Determinants of Postnatal Care Services Utilization in Pakistan- Insights from Pakistan Demographic and Health Survey (PDHS) 2006-07                                    |                       | Paquistão | Todo país               | 5724 | 64% utilizam CPN. 37% deram à luz na maternidade. Nível de educação alto (OR=5.1), Determinantes CPN: Nível de educação alto (OR=5.1), Nível socioeconómico alto (OR= 5.7), local de residência (OR=2.7), ordem de nascimento da criança baixa (OR=2), ter tido aborto (OR= 1.5). Estes factores foram importantes para todo o contínuo de atendimento à mulher.   |
| 2013 | Ugboaja, J. O.   | Barriers to postnatal care and exclusive breastfeeding among urbanwomen in southeastern Nigeria   | Nigerian Med J        | Nigeria   | zona urbana do Sudoeste | 400  | 91,7% utilizaram CPP<br>Determinantes: falta de conhecimento sobre CPN (42,2%), localização distante das US (36,4%) e sensação de que as CPP não eram necessárias (21,1%) foram as principais razões não comparecimento à CPP.   |
| 2012 | Rai, R. K.; Singh, P. K.; Singh, L.  | Utilization of maternal health care services among married adolescent women: insights from the Nigeria Demographic and Health Survey, 2008                              | Women's Health Issues | Nigeria   | Todo país               | 2434 | 35% utilizaram CPP<br>25% utilizou CPN<br>32% utilizou US para o Parto<br>Determinantes: educação das mulheres e do marido, o quintil de riqueza e a região de residência foram os fatores mais importantes associados à utilização dos serviços de saúde materna. A utilização de CPN foi considerada vital na utilização do parto seguro e na CPP  |

|      |  |  |  |              |                       |       |   |
|------|--|--|--|--------------|-----------------------|-------|---|
| 2012 | Singh, L.; Rai, R. K.; Singh, P. K.  | Assessing the utilization of maternal and child health care among married adolescent women: evidence from India              | J Biosoc Sci                               | India        | Todo país             |       | 10% utilizaram CPN.<br>50% utilizaram serviços de parto na US.<br>41% dos filhos receberam imunização completa<br>Determinantes: Grandes diferenças por residência urbano-rural, escolaridade, religião, status económico e região foram evidentes. Os fatores socioeconômicos e demográficos são estatisticamente significativos. A educação das mulheres, o quintil de riqueza e a região são os determinantes mais importantes para a utilização dos serviços de saúde materna e infantil.                   |
| 2012 | Mazambani, D.  | Determinants of maternal healthcare utilization in Zimbabwe  | Int J Econ Sci Appl Res                    | Zimbabwe     | Todo país             |       | Determinantes: O ensino secundário aumenta 2 vezes as chances de utilização dos serviços de saúde materna, o acesso à informação aumenta 1,52 vezes a chance, as residentes em zonas urbanas tiveram 3,49 vezes maior chance de dar à luz nas US, em comparação com suas contrapartes rurais, as com rendimentos familiar mais elevados têm maior chance de dar à luz nas US do que as das famílias mais pobres (OR=6,44). Outros determinantes importantes são idade, educação, riqueza, poligamia e religião. |
| 2011 | Jat, Tej Ram; Ng, Nawi; San Sebastian, Miguel  | Factors affecting the use of maternal health services in Madhya Pradesh state of India: a multilevel analysis                | International Journal for Equity in Health | India        | estado Madhya Pradesh | 15748 | 67% utilizavam CPN<br>37% utilizavam CPP<br>Estado socioeconómico e educação da mulher foram os principais determinantes da utilização de CPN.  |
| 2011 | De Allegri, Manuela; Ridde, Valéry; Louis, Valérie R.; Sarker, Malabika; Tiendrebéogo, Justin; Yé, Maurice; Müller, Olaf; Jahn, Albrecht | Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: A case study from rural Burkina Faso | Health Policy                              | Burkina Faso | Nouna Health District | 435   | 76% utilizou CPN<br>72% utilizou US para o Parto<br>Determinantes CPN: distancia para a US dentro de 5 km, religião, etnia e quintil de riqueza do agregado familiar estão associados negativamente com a CPN.<br>Determinantes Parto na US: etnia, distancia para a US dentro de 5 km e ter feito 3+ CPN estão positivamente associados com dar à luz na US.   |

*Factores associados a não utilização da consulta pós-natal por crianças lactantes em Moçambique: Análise do Inquérito Nacional de Saúde de 2015 (IMASIDA)*

|      |   |  |  |            |                             |       |  |
|------|---|--|--|------------|-----------------------------|-------|--|
| 2011 | Ochako, R.                                    | Utilization of maternal health services among young women in Kenya: Insights from the Kenya Demographic and Health Survey, 2003  | BMC Preg Childbirth                        | Kenya      | Todo país                   |       | Determinantes: local de residência, riqueza familiar, escolaridade, etnia, paridade, estado civil e idade de nascimento do último filho tiveram fortes associação com a CPN e com o tipo de assistência ao parto recebido. A principal associação está entre a realização da CPN e o uso de profissionais qualificados no parto.   |
| 2010 | Amin, Ruhul; Shah, Nirali M; Becker, Stan     | Socioeconomic factors differentiating maternal and child health-seeking behavior in rural Bangladesh: A cross-sectional analysis | International Journal for Equity in Health | Bangladesh | áreas remotas da zona rural | 3498  | Determinantes: Mães no quintil de riqueza mais alto foram significativamente mais propensas a utilizar os serviços quando atendidas por profissionais de saúde qualificados durante a CPN, assistência ao parto, CPP e cuidados com a saúde infantil do que aqueles no quintil mais pobre. A educação, idade e o poder de decisão relativo não se mostraram associados.  |
| 2009 | Babalola, Stella; Fatusi, Adesegun            | Determinants of use of maternal health services in Nigeria - looking beyond individual and household factors                     | BMC Pregnancy and Childbirth               | Nigeria    | Todo país                   | 2148  | 60% utiliza CPN<br>41% utiliza CPP<br>Determinantes consistentes: educação e nível socioeconómico, residência urbana<br>Determinantes inconsistentes: idade, decisão para P.F., dimensão da família  |
| 2009 | Titaley, C. R.; Dibley, M. J.; Roberts, C. L. | Factors associated with non-utilisation of postnatal care services in Indonésia  | J Epidemiol Community Health               | Indonésia  | Todo país                   | 15553 | A prevalência de não utilização de CPP foi mais alta nas zonas rurais do que nas zonas urbanas. Determinantes: baixo índice de riqueza familiar, baixa escolaridade, falta de conhecimento sobre complicações relacionadas à gravidez e distâncias défices para a US, bebês de alto grau de nascimentos e aqueles relatados como menores que a média tinham menor chances de utilizar as CPP; Outros indicadores de acesso aos serviços de saúde que foram associados com a não utilização de CPP incluíram fraca utilização de CPP e partos fora da US. |

P.F.- Planeamento familiar; CPP – consulta pós-parto; CPN – Consulta pré-natal.



## Plano de análise de dados.

Quadro 2 - Objectivos, variáveis e plano de análise de dados

|   | objectivos do Estudo   | Variáveis                     | Tipo de variável     | Valores  | Procedimento Estatístico  | Códigos |
|---|--|-------------------------------|----------------------|--|---|---------|
| 1 | Determinar a proporção de crianças dos 0-24 meses de idade que realizou a consulta pós-natal aos 2 meses   | Consulta feita                | qualitativa, nominal | 0=não; 1= sim  | n, %, 95% IC da %   | M70     |
| 2 | Descrever o padrão de utilização das consultas pós-natais por características sociais, demográficas, geográficas e de saúde da mãe e de crianças dos 0-24 meses de idade | Utilizou a consulta Pós-natal | qualitativa, nominal | 0=não; 1= sim (REF)  |   | M70     |
|   |  | Idade da mãe                  | qualitativa, nominal | 15-49 anos   | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, <i>p</i> , OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | V013    |
|   |  | Nível Escolaridade da mãe     | qualitativa, nominal | 0=não estudou;<br>1=primário;<br>2=secundário+                         | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, <i>p</i> , OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | V149_N  |
|   |  | Estado Marital                | qualitativa, nominal | 0=Nunca esteve casada<br>1=Atualmente casada<br>2=Anteriormente casada | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, <i>p</i> , OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | V502    |

|  |  |   |                      |                                 |   |         |
|--|--|---|----------------------|---------------------------------|---|---------|
|  |  |   |                      |                                 |   |         |
|  |  | Emprego da mãe                              | qualitativa, nominal | 0=não; 1= sim                   | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | V714    |
|  |  | Participação da mãe nas decisões domésticas | qualitativa, nominal | 0=não; 1= sim                   | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | V473A_N |
|  |  | Sexo da criança                             | qualitativa, nominal | 0=não; 1= sim                   | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | B4      |
|  |  | Região de residência                        | qualitativa, nominal | 0=Norte; 1=Centro; 2=Sul        | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | V101    |
|  |  | Zona de residência                          | qualitativa, nominal | rural=0; urbana=1               | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | V102    |
|  |  | Agregado com acesso a Eletricidade          | qualitativa, nominal | 0=não; 1= sim                   | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | V119    |
|  |  | Fonte de água do agregado                   | qualitativa, nominal | 0=Não Canalizada; 1= Canalizada | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | V113    |

|  |  |                                  |                      |   |   |        |
|--|--|----------------------------------|----------------------|---|---|--------|
|  |  | Tipo de Toilet                   | qualitativa, nominal | 0=precária; 1= Toilet melhorada   | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | V116_N |
|  |  | Combustível para cozinhar        | qualitativa, nominal | 0=combustível melhorado; 1=carvão; 2=lenha; 95=não cozinha; 96=outros; 97=não residente | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | V161_N |
|  |  | Quintil de riqueza               | qualitativa, nominal | 1=mais pobre; 2=pobre; 3=intermédio; 4=rico; 5=mais rico                                | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | V190   |
|  |  | Posse de meio de transporte      | qualitativa, nominal | 0=não; 1= sim   | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | V123_N |
|  |  | Acesso/utilização mídias         | qualitativa, nominal | 0=não; 1= sim   | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | V120_N |
|  |  | Utilização da Consulta pré-natal | qualitativa, nominal | 0=não fez CPN; 1=1-3; 2=4+  | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | M14_N  |
|  |  | Parto institucional              | qualitativa, nominal | 0=não; 1= sim   | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | M15    |

|   |   |   |                      |   |   |                  |
|---|---|---|----------------------|---|---|------------------|
|   |   | Consulta pós-natal por profissional qualificado | qualitativa, nominal | 0=não; 1= sim   | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | M70_N            |
|   |   | Desejava a Gravidez quando ficou grávida        | qualitativa, nominal | 0=Desejava agora;<br>1=Desejava +tarde;<br>2=Não desejava ter+                            | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | M10              |
|   |   | Ordem de Nascimento                             | qualitativa, nominal | 0=1-2; 2=3-4; 3=5+  | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | BORD             |
|   |   | Participação da mãe nas decisões domésticas     | qualitativa, nominal | 0=não; 1= sim   | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | V473A_N          |
|   |   | Tempo Fragmentado de Consulta Pós-parto         | qualitativa, nominal | 0= 1a hora PP; 1= 1o Dia PP; 2=Dentro de 1a Semana; 3=Dentro de 2as Semanas; 998=Não Sabe | Tabela Cruzada/Regressão Logística Simples: n, %, p, OR, 95% IC OR por cada categoria da variável | M71_Temp.FragCPP |
| 3 | Analisar a associação entre a utilização das consultas pós-natais e fatores sociais, demográficos, geográficos e de saúde de crianças dos 0-24 meses de idade | dependente: utilizou consulta Pós-natal         | qualitativa, nominal | 0=não; 1= sim (REF)   |   | M70              |
|   |   | Todas as anteriores desde que o $p < 0,05$      |                      |   | Regressão Logística: p, aOR, 95% IC aOR   |                  |

## Aprovação Ética do IMASIDA 2015



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

### MINISTÉRIO DA SAÚDE

#### COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE IRB00002657

Exmo Senhor  
Dr. Francisco Mbofana  
DNSP

Ref: 262/CNBS/14

Data 25 de Agosto de 2014

**Assunto:** *Parecer do Comité Nacional de Bioética Para Saúde sobre o Protocolo "Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA 2014)"*


O Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) analisou o pedido de aprovação da emenda 2 versão 1.5 de 08 de Julho de 2014 do protocolo intitulado: "***Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA 2014)***", sobre o mesmo o CNBS chegou a seguinte conclusão:

Não havendo nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a continuação do estudo, o CNBS dá a sua devida autorização.

Todavia, o CNBS recomenda aos investigadores que o mantenham informado do decurso do estudo.

Sem mais de momento, queiram aceitar as nossas cordiais saudações.

O Presidente

  
Dr. João Fernando Lima Schwalbach

ENDEREÇO:  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
C. POSTAL 264  
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende  
MAPUTO – MOÇAMBIQUE

Telefones: 430814/427131(4)  
Telex: 6-239 MISAU MO  
FAX: 258 (1) 426547  
258 (1) 33320